

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

TYPE DE REPAS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES OU DENTAIRE, DIFFICULTES DE SOMMEIL, ENNURESIE NOCTORNE, ETC...

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RESPONSABLES DE L'ENFANT

RESPONSABLE N°1 :

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....
.....

TÉL. FIXE ET/OU PORTABLE, DOMICILE : BUREAU :

RESPONSABLE N°2 :

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....
.....

TÉL. FIXE ET/OU PORTABLE, DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :