

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

4 RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, Sa confession religieuse lui interdit elle certains aliments, etc...

Précisez :

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

5 RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....**Prénom**.....

ADRESSE.....

.....

TEL: Maman Fixe.....Portable.....

TEL: Papa Fixe..... Portable.....

Nom et téléphone du médecin traitant.....

Je soussigné(e),responsable légal(e) de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :