

.....
.....
Document issu de l'original CERFA adapté

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE

SANS PORC

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc...

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

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

BAIGNADE :

SAIT NAGER

SE DEBROUILLE

NE SAIT PAS NAGER

4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable N °1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL

Responsable N °2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL

MEDECIN TRAITANT :

NOM : Tél :

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature du responsable n°1

Signature du responsable n°2