

2.2 INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il des lentilles : oui non

Des lunettes : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses auditives : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses ou appareil dentaire : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? : oui non

Autres recommandations/précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

J'autorise mon enfant à faire des bains froids (récupération) : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

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

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 :