



**LES DIFFICUTES DE SANTE**

(Maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

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

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom : \_\_\_\_\_ prénom

Adresse :

Téléphone (fixe et portable) domicile :

Nom et tel médecin traitant :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, 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 à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :