

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. DOMICILE : PORTABLE BUREAU.....

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

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

Date :

Signature :

TEST EAUX VIVES (si oui, joindre une copie de l'attestation) OUI NON

TEST NATATION (si oui, joindre une copie de l'attestation) OUI NON

CERTIFICAT MÉDICAL

(à faire remplir par le médecin)

Je soussigné(e) Docteur.....

Certifie avoir examiné:(nom, prénom), né(e) le

Et le déclare apte à pratiquer toutes les activités sportives et nautiques mises en place dans le cadre des programmes d'animation des différentes structures municipales (Service Enfance-Jeunesse, Service des Sports),

Excepté (citer exactement les activités non praticables par l'enfant ou le jeune):.....

.....

Fait à....., le.....

Signature du médecin (obligatoire):

Cachet du médecin obligatoire

.....