

.....  
.....  
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