

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- ATELIERS, ACTIVITES SPORTIVES ET BAINADES

J'autorise mon enfant à participer aux différents ateliers pédagogiques tels que décrits dans la charte à l'intérieur et à l'extérieur de l'école : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

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

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

Le responsable est tenu d'actualiser les informations contenues dans cette fiche.

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe pédagogique 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 :

