

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc, précisez :

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

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : **PRENOM :**

.....

ADRESSE :

.....
.....

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL :** **TEL PORTABLE**

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

5 – P.A.I. (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) :

OUI

NON

Joindre la copie au dossier

6 – VOTRE ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP ? **OUI**

NON

Je soussigné,

.....resp

onsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

DATE :

SIGNATURE :