

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...
 PRECISEZ.

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :
 ADRESSE :

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : 04.71. - 06. BUREAU : 04.71.
 NOM ET TEL. DU MEDECIN 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

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
 COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

ALSH ST-PAUL-DES-LANDES ET AYRENS
 MAIRIE 2 RUE DE LA MAIRIE
 15250 SAINT PAUL DES LANDES
 Tél. : 04.71.46.34.28 Fax : 04.71.46.40.92 Email :

OBSERVATIONS

.....

