

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente - t-il un problème de santé, si oui préciser : oui non

3°RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.

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

4°RESPONSABLE DU MINEUR

RESPONSABLE N°01

NOM :PRENOM :

ADRESSE :

.....
.....

 (Maison).....  (Travail).....

 (personnel).....  (travail)

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :