

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4. Recommandations utiles des parents

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

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

5. Responsable de l'enfant

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone domicile :

Téléphone(s) portable(s) :

Téléphone(s) professionnel(s) :

*Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et **m'engage à signaler toute modification** (notamment pour les vaccinations et les PAI).*

Date :

Signature