



**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