

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

Précisez

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM Prénom

Adresse

.....

Tél fixe (et portable) domicile : Bureau

NOM et tél du médecin traitant (facultatif)

.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature

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

OBSERVATIONS

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