

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers ou est-il en situation de handicap ?*précisez*.....

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ?....*précisez*

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom

Adresse.....

Tél. domicile : Tél portable :

Nom et téléphone du médecin traitant :

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade peut être orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus adapté. La famille est immédiatement prévenue et avertie par nos soins.

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel de la Ville à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

OBSERVATIONS

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