

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **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 – ATTESTATION RESPONSABILITÉ CIVILE

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant, certifie avoir souscrit une assurance Responsabilité Civile pour les activités extra-scolaires.

Compagnie :N° de contrat :

Nom du médecin traitant :

Et son n° de téléphone :

J'accepte le présent règlement et certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature précédée de la mention « Lu & approuvé »

OBSERVATIONS :

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