

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

oui non

MEDICAMENTEUSES

oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

oui non

Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésies nocturnes, etc.

4. RESPONSABLES DU MINEUR :

Responsable n°1 : NOM

PRENOM

ADRESSE :

TEL DOMICILE :

TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable n°2 : NOM

PRENOM

ADRESSE :

TEL DOMICILE :

TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e) _____, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :