

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**MERCI DE FOURNIR LA PHOTOCOPIE DES
VACCINS DE VOTRE ENFANT**

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations).

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

CONTRES INDICATIONS MEDICALES :

.....
.....

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON (Si oui, fournir l'ordonnance).

Régime alimentaire spécial :

Précisez :

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

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

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) M..... après avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement des séjours, déclare y souscrire et autoriser notre enfant à participer à toutes les activités prévues. En outre, j'autorise le Responsable du centre à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence selon les prescriptions du corps médical consulté et je m'engage, s'il y a lieu, à rembourser à l'association le montant des frais médicaux. De plus j'autorise le centre de loisirs à utiliser et diffuser les photos ou film de mon enfant et ce dans le cadre du projet pédagogique.

Date :

Signature (Lu et approuvé) :