

Votre enfant est-il accompagné d'une Auxiliaire de Vie Scolaire ?
Pourquoi ?

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

Précautions à prendre pour certaines activités sportives : joindre un certificat médical d'aptitude sportive !!!

Appareillage : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres...

.....
.....

Antécédents particuliers : fractures, entorses, autres...

.....
.....

Médecin traitant :

Nom :

Téléphone :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Attestation responsable de l'enfant

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

Autorise les responsables de l'accueil de Loisirs pour Mineurs et de l'accueil périscolaire municipal à prendre toutes les mesures nécessaires (hospitalisation, SAMU, pompiers) concernant mon enfant.

M'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par les responsables en raison des soins engagés.

Date :

Signature:

« Lu et approuvé »