

Périscolaire Maternelle de Gassin

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom et prénom.....

N° de tel en cas d urgence.....

MEDECIN TRAITANT

Nom

Adresse.....

Code postal.....Ville.....

N° de tel.....

Je soussigné..... Docteur en médecine, atteste que

L'enfant.....

Ne présente pas de contre indication à la pratique d'activités physiques et sportives,

Est à jour des vaccinations obligatoires où a des contres indications particulières :

.....

N'a pas d antécédents médicaux où chirurgicaux susceptibles d'avoir des répercutions sur le déroulement des accueils de loisirs.

Les difficultés de santé de l'enfant : indiquez ci-après : maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations graves, allergies, opérations graves, rééducations, en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

A le
Cachet et signature du médecin traitant

A remplir par vos soins

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant, autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Fait à le
Signature des parents

PORT DE LUNETTES

ALLERGIE

ASTHME

AUTRE (à préciser)

.....
.....