

Salle des Ados

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 ou chirurgicaux susceptibles d'avoir des répercutions sur le déroulement des accueils de loisirs et/ou des séjours de vacances.

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 medical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Fait àle
Signature des parents

PORT DE LUNETTES

ALLERGIE

ASTHME

AUTRE (à préciser)

.....
.....