

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare
exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
l'enfant.

Date :

Signature :