



**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.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. DOMICILE : ..... PORTABLE ..... BUREAU.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

**Date :**

**Signature :**

**TEST EAUX VIVES ( si oui, joindre une copie de l'attestation) OUI  NON**

**TEST NATATION ( si oui, joindre une copie de l'attestation) OUI  NON**

**CERTIFICAT MÉDICAL**

*(à faire remplir par le médecin)*

*Je soussigné(e) Docteur.....*

*Certifie avoir examiné: .....(nom, prénom), né(e) le .....*

*Et le déclare apte à pratiquer toutes les activités sportives et nautiques mises en place dans le cadre des programmes d'animation des différentes structures municipales (Service Enfance-Jeunesse, Service des Sports),*

*Excepté (citer exactement les activités non praticables par l'enfant ou le jeune):.....*

.....

Fait à....., le.....

**Signature du médecin (obligatoire):**

*Cachet du médecin obligatoire*