

4. ASTHME

L'enfant fait-il de l'asthme ? Oui Non

Cause(s) :

Conduite à tenir :

.....

5. DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

Autres recommandations utiles des parents (votre enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...) :

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

6. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgical) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à prévenir le Service Jeunesse de tout changement le concernant.

Date :

Signature :

Rappel : Si votre enfant suit un traitement médical (**uniquement** dans le cadre d'une inscription à l'Accueil de Loisirs Municipal « Les Deux Rivières »), vous devrez fournir au directeur une **ordonnance récente** et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).