

INFORMATIONS MEDICALES

Nom :

Prénom :

Médecin traitant:

Téléphone:

Régime alimentaire particulier / Allergies:

Traitement en cours (joindre ordonnance récente et médicaments):

Difficultés de santé / Précautions à prendre / PAI:

Port de lunettes/ lentilles / prothèses / appareil:

Autres informations:

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à:

- rentrer seul
- être photographié / filmé
- être transporté dans les véhicules de la MJC CS

Fait à:

le:

Signature:

