

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui précisez.** oui non

.....
.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Le mineur porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèse auditive, etc...

.....
.....

4. RESPONSABLES DU MINEUR

Représentant légal 1

Nom, prénom :

Adresse :

Tél portable : Tél domicile :

Mail :

Représentant légal 2

Nom, prénom :

Adresse :

Tél portable : Tél domicile :

Mail :

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de mon fils, de ma fille.

Fait à :

Date

Signature