

INFORMATIONS MEDICALES

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:

