



**ALLERGIES : ALIMENTAIRES**

oui non

MEDICAMENTEUSES

oui  non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

oui  non

Précisez

.....

.....

nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

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

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

**3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

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

**4-RESPONSABLES DU MINEUR**

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

.....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur,