

3 – LES DIFFICULTES DE SANTE :

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

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

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Le jeune porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.? Précisez :

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

Le jeune suit-il un régime alimentaire particulier (sans porc, végétarien, etc.)? Précisez :

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

5 – RESPONSABLES DU JEUNE :

MERE : Nom Prénom

Adresse :

Numéros de téléphone Fixe : Portable : Professionnel :

PERE : Nom Prénom

Adresse :

Numéros de téléphone Fixe : Portable : Professionnel :

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) :

En cas d'urgence :

Je soussigné,, responsable légal du jeune, autorise le responsable du Club Ados à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Date :

Signature :

Je soussigné,, responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :