



## SERVICE MINIMUM DU MERCREDI



Tranche d'âge :  3-5 ans  6-11 ans

Nom et prénom de l'enfant : .....  
Né(e) le : ..... A : .....  
Ecole fréquentée : ..... Classe : .....

### Responsable légal

Madame, Monsieur .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : ..... Téléphone : .....  
N° de sécurité sociale : ..... N° allocataire obligatoire : .....

### Profession des parents

Nom et N° de téléphone de l'employeur (pour appel en cas d'urgence)

Père : .....  
Mère : .....

### Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez

.....

Votre enfant suit-il un traitement médical? oui  non  Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**Allergies :** asthme oui  non  médicamenteuses oui  non  alimentaires oui  non  autres

**Merci de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir**

.....

Je soussigné(e) .....

Responsable légal de l'enfant : .....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

atteste que mon enfant est **A JOUR DE SES VACCINATIONS.**

**Outre la surveillance de l'apparition de symptômes chez leur enfant, les parents seront invités à prendre sa température avant le départ pour l'accueil. En cas de symptômes ou de fièvre (37,8°C), l'enfant ne doit pas prendre part à l'accueil et ne pourra y être accueilli.**

Fait à : .....

Le .....

Signature du père – de la mère - du tuteur (trice)