



**AUTORISATION DES PARENTS OU DE LA PERSONNE
LEGALEMENT RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Je soussigné(e) déclare autoriser mon
enfant à participer :

au stage : qui se déroulera du au

J'autorise les responsables à mettre en œuvre l'hospitalisation ou les interventions chirurgicales
et traitements urgents reconnus nécessaires par un médecin.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS :

Date de Naissance de l'enfant :

Adresse des parents :

Téléphone Domicile : Travail :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

ASSURÉ SOCIAL OU AYANT DROIT AU PRESTATION :

Nom et Prénom :

N° d'Immatriculation :

Caisse de Sécurité Sociale :

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Est-il allergique à certains médicaments ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

Quelle est la date du dernier rappel de vaccination anti-tétanique ?

DT POLIO :

BCG :

↳ joindre la photocopie du carnet de santé (pages de vaccination)

Autres informations importantes que vous souhaitez donner :

**Inscrire la mention "lu et approuvé"
Dater et signer.**

NOTA : à apporter le jour du stage.