

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

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

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours

oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre**.

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

3 – Responsables du mineur :

Responsable N°1

Nom : Prénom

Adresse :

Tel domicile : Tel portable :

Tel travail :

Responsable N°2

Nom : Prénom

Adresse :

Tel domicile : Tel portable :

Tel travail :

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

Date :

Signature :