



N° DOSSARD:.....

## 1. VOTRE ENFANT

NOM :.....

PRENOM:.....

Date de naissance :.....

Garçon  Fille  Poids :.....

Responsable légal : .....

NOM :.....

PRENOM :.....

Personne à contacter en cas d'urgence et son téléphone

.....

 .....

**HORAIRE DE GARDE SOUHAITE:**

Début:.....Fin :.....

**Merci de fournir le repas de votre enfant dans un sac avec le nom inscrit dessus.**

**Personne(s) autorisée(s) à chercher l'enfant.**

(Merci de présenter obligatoirement une carte d'identité ou votre dossard).

Nom :.....Prénom :.....

Nom :.....Prénom :.....

## 2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

 L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  OUI  NON

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments marquées au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.*

### ALLERGIES :

Asthme  OUI  NON

Alimentaires  OUI  NON

Médicamenteuses  OUI  NON

Autres : .....

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

.....

.....

## 3. DIFFICULTES DE SANTE et RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

.....

*Je soussigné.....responsable légal de l'enfant.....*

*déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre les mesures nécessaires par l'état de santé de l'enfant.*

Date :

Signature :

**Fiche à imprimer et à rendre complétée le jour de la course au responsable de la garderie.**

[trailvaldargent@laposte.net](mailto:trailvaldargent@laposte.net)