

PARTIE A RENSEIGNER PAR LES PARENTS

Parents ou représentant légal du mineur :

Nom Prénom :

Adresse :

Téléphones :

Enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Besoins spécifiques du mineur

1) Modalités de fourniture des repas :

Panier repas (pour les accueils de loisirs) : OUI NON

Si OUI, précisez :

.....

2) Trousse de secours d'urgence :

Fourniture par les parents d'une trousse d'urgence : OUI NON

Autres besoins : OUI NON

Si OUI, précisez :

.....

3) Ordonnance du médecin : _____ en date du : _____

Allergie repérée : OUI NON

Nécessité d'un régime alimentaire : OUI NON

Traitement médical : OUI NON

JOINDRE L'ORDONNANCE

PARTIE A RENSEIGNER PAR L'ORGANISATEUR :

CENTRE DES OUISTITIS ,40 chemin de Bérivière,38240 MEYLAN

04.76.90.38.38

Meylan.familiales@orange.fr

Signataires du protocole

Fait à, le/...../ 20.....

Les parents ou le représentant légal	Signature de la direction du Centre des Ouistitis
--------------------------------------	---