

**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) Ordonnance du médecin :**

**Date du :** ..... **JOINDRE L'ORDONNANCE**

**2) Trousse de secours d'urgence :**

Fournie par les parents :                      OUI                      NON

**3) Signes cliniques :**

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

**4) Conduite à tenir :**

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

Ces informations sont couvertes par l'obligation de confidentialité de l'ensemble des intervenants.

**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
--------------------------------------	---