

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin Traitant : Dr

Tél :

Observations : Merci de préciser le prénom de l'enfant concerné

- Allergies / Affections (Alimentaire/Asthme/Médicaments...) Ordonnance médicale et/ou PAI obligatoire à fournir :

- Vos recommandations (Diabolos - Lunettes...) :

- Régime particulier : Végétarien / Sans sel / Sans porc / Sans gluten) ou Autre :

AUTORISATIONS

Je déclare autoriser, en cas de besoin, le personnel du centre à faire appel à un médecin ou à accompagner mon enfant à l'établissement médical le plus proche pour y subir tout soin au toute intervention chirurgicale urgent que son état nécessiterait : OUI - NON

Personnes autorisées à récupérer mon enfant (personnes majeures uniquement et / ou être prévenues en cas de besoin (autres que les parents):

Nom - Prénom	N° Tél	Lien Parenté	Autorisé à récupérer les enfants	A être prévenu en cas de besoin
			OUI - NON	OUI - NON
			OUI - NON	OUI - NON
			OUI - NON	OUI - NON

DROIT À L'IMAGE (Autorisation prise photos) : Consentement, sans limitation de durée à la diffusion d'images, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles ... (Site internet, page Facebook Sagardian...) : OUI - NON

Saint Jean de Luz, le _____

SIGNATURE :