

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

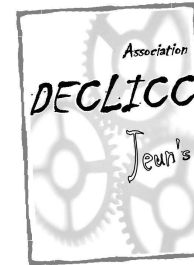
A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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



Association DECLICC
Maison Bozon-Verduraz
98 Route de La Combe
73130 St Etienne de Cuines
Tél.: 04.79.56.35.06 — Fax: 04.79.56.38.41
Blog : www.declicc.net

Fiche d'adhésion

Du 1^{er} septembre 2011 au 31 août 2012

Nom:
Prénom:
Né(e) le: Age:
Adresse:
Code postal: Ville:
Tél. domicile: Tél. portable:
N° à prévenir en cas d'urgence:
E-mail :
Classe fréquentée 2010/2011:
Ecole/Etablissement:

L'adhésion est gratuite mais indispensable pour participer aux activités.

Je souhaite adhérer à l'association.

Fait à: Le:

Signature :