

**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.*

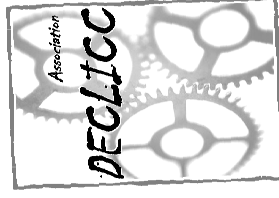
Date : ..... Signature : .....

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

**OBSERVATIONS**

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



Association DECLICC  
98 Route de La Combe 73130 St Etienne de Cuines  
Tél: 04.79.56.35.06  
Internet ⇨ www.declicc.net

**Fiche d'adhésion**

Du 1<sup>er</sup> septembre 2010 au 31 août 2011

Nom de l'enfant: .....

Prénom: .....

Né(e) le: ..... Age: .....

Adresse: .....

Code postal: ..... Ville: .....

Tél. domicile: ..... Tél. portable: .....

E-mail: .....

N° à prévenir en cas d'urgence: .....

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: .....

Régime d'appartenance dont dépend l'enfant:

- Régime général
- Régime agricole
- Fonction publique
- Autres