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).....

* *J' autorise les responsables à photographier et filmer mon enfant, et à utiliser cette image sans autre engagement de ma part, pour toutes informations ou animations menées par* NITROGLISS *sur tout support de communi--cation.*

AUTORISATION DE SOINS

Décret du 14/01/1974, art 28, al.3

Je soussigné,.....

Donne l'autorisation d'apporter tous soins utiles (y compris opération) à mon

enfant : .....

Date.....

Degré de parenté avec l'enfant.....

signature :