



www.mairie-gassin.fr  
04.94.56.62.00

- |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| RESTAURANT SCOLAIRE               | <input type="checkbox"/> |
| PÉRISCOLAIRE MATERNELLE           | <input type="checkbox"/> |
| PÉRISCOLAIRE PRIMAIRE             | <input type="checkbox"/> |
| ALSH MERCREDI APRÈS-MIDI          | <input type="checkbox"/> |
| NOUVELLES ACTIVITES PERISCOLAIRES | <input type="checkbox"/> |
| SALLE DES JEUNES                  | <input type="checkbox"/> |

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom et Prénom de l'enfant.....

N° de tel en cas d'urgence.....

#### MEDECIN TRAITANT

Nom .....

Adresse.....

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

N° de tel.....

Je soussigné(e)..... Docteur en médecine, atteste que

l'enfant.....

ne présente pas de contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives,

est à jour des vaccinations obligatoires ou a des contre-indications particulières :

.....

n'a pas d'antécédents médicaux ou chirurgicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement des activités.

**Les difficultés de santé de l'enfant (indiquez ci-après) maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations graves, allergies, opérations graves, rééducations, en précisant les dates et les précautions à prendre :**

.....  
.....

A ..... le .....

Cachet et signature du médecin traitant

PORT DE LUNETTES

ALLERGIE

ASTHME

AUTRE (à préciser)

.....  
.....

#### A remplir par vos soins

Je soussigné..... responsable légal de l'enfant, autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par l'état de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie).

N° de sécurité sociale (obligatoire) : .....

Fait à ..... le .....

Signature du responsable légal