

3-Recommandations utiles des parents:

Port de lunettes, des lentilles, d'appareils dentaire ou auditif, comportement de l'enfant....

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

4-Responsable(s) légal(aux):

Nom:..... Prénom:

Adresse:

.....
.....

Tél. domicile:.....

Tél. travail maman:.....

Tél. portable maman:.....

Tél. travail papa :.....

Tél. portable papa:.....

Adresse mail:.....@.....

Nom et Tél. du médecin Traitant:

.....
.....

Je déclare.....responsable légal de l'enfant

déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable des TAP à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de cet enfant.

Date et signature: