



Observations diverses sur la santé et le comportement du jeune :

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

**Indiquez ci-dessous :**

Le groupe sanguin et son rhésus

.....

**2°) RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM .....PRÉNOM.....

ADRESSE .....  
.....  
.....

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE :

Mère : Domicile .....portable .....Travail :.....

Père : Domicile .....portable .....Travail :.....

Je soussigné (e),.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de CADICE Ciné Woulé Company à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune sous sa responsabilité.

**MÉDECIN TRAITANT :**

Nom et prénom .....Tel .....

N° de sécurité sociale du jeune : .....

Je soussigné (e) .....responsable légal de .....accepte les conditions de fonctionnement des ateliers Passeurs selon les modalités suivantes :

- 2 Masques obligatoires par jour
- 1 gel hydro-alcoolique pour la période de Passeurs
- 1 litre d'eau en bouteille
- Le repas dans une boîte en verre avec les couverts
- un cahier, des stylos, un Smartphone et une tablette (si possible)

Date .....

**Nom et prénom**

.....  
**Signature du responsable légal**

**Nom et prénom**

.....  
**Signature du jeune**