

Observations diverses sur la santé et le comportement du jeune :

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

Indiquez ci-dessous :

Le groupe sanguin et son rhésus

.....

2°) RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOMPRÉNOM.....

ADRESSE
.....
.....

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE :

Mère : DomicileportableTravail :.....

Père : DomicileportableTravail :.....

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 prénomTel

N° de sécurité sociale du jeune :

Je soussigné (e)responsable légal deaccepte 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