

## CERTIFICAT MEDICAL :

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que le (la) jeune :.....

Ne présente aucun signe contre indiquant la pratique des activités sportives,  
Notamment celles prévues durant le séjour.

Ne présente aucun signe de maladie contagieuse.

A satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations.

Est apte au séjour de vacances collectives envisagé.

Observations éventuelles : .....

.....

A : ..... LE : .....

Cachet ou Nom et adresse du médecin  
SIGNATURE DU MEDECIN

**SOUTIEN SCOLAIRE :**                      OUI                      NON

Si vous inscrivez votre enfant à mi-temps avec ou sans repas, nous le signaler en l'inscrivant dans la case journée (Précisez : **JR** : journée + repas ; **½ JR** : ½ journée + repas ; **JSR** : journée sans repas ; **½ JSR** : ½ journée sans repas).

**Journée :**

**Enfant scolarisé au Pain d'épice :**                      OUI   -                      NON

**Abonnement annuel :**                      OUI   -                      NON

**Signature :** (mention « lu et approuvé »)

## ECOLE « LE PAIN D'ÉPICE »

23, Boulevard Gambetta

06000 NICE

Tél. : 04-93-44-75-44

## FICHE D'INSCRIPTION MINI-CLUB

**Nom de l'enfant :** ..... **Prénom :** .....

**Né(e) le :** ..... **Poids :** ..... **Sexe :** F – M (1)

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**REMPLEZ LA AVEC BEAUCOUP DE SOIN ; ELLE EST TRES IMPORTANTE POUR LA SANTE ET LA SECURITE DE VOTRE ENFANT**

(ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC EVENTUELLEMENT DES OBSERVATIONS)

## PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT :

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse du domicile :** .....

..... **Commune :** .....

**Numéro de téléphone :** .....

**N° Tél Dom :** ..... **N° Travail :** .....

**Portable :** ..... **email :** .....

## SANTE – ASSURANCE :

**Sécurité Sociale :** Oui – Non (1)

**N° de Sécurité Sociale :**

**Caisse :** ..... **Adresse :** .....