

3. RESPONSABLES DU MINEUR

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE.....

TEL DOMICILE.....TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE.....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT :.....

Je soussigné(e),responsable légal du mineur, en classe dedéclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à la réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable des TAPS à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature.