



Recommandations pour le sport :

.....
.....

Recommandations pour la piscine :

.....
.....

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON (rayer la mention inutile)

A-t-il un problème d'allergie ?.....

D'asthme : OUI NON (rayer la mention inutile)

D'intolérance à l'aspirine OUI NON (rayer la mention inutile)

Maladie ou accident survenus :

.....
.....

Interventions chirurgicales :

.....
.....

Nom du médecin effectuant la visite :

Adresse :

Signature :

Date :

Je soussigné (e) père, mère.....
de l'enfant.....
Scolarité à l'école française internationale de Riyad,

Autorise *

N'autorise pas *

L'école à prendre toutes décisions concernant des soins d'urgence à donner à mon enfant.

Fait à Riyad, le

Signature du père

Signature de la mère,

* Rayer la mention inutile.