

# MODIFICATION FICHE MÉDICALE

Le présent document doit être utilisé pour toute modification au dossier de votre enfant.

**Valable pour les semaines :** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 TOUTES

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**Modification à apporter :**

(Allergies, auto-injecteur, maladies, médicament, peut partir seul, etc.)

---

---

---

**Veste de flottaison :**

Mon enfant est apte à passer le test de nage. S'il réussit, il peut nager **SANS** veste de flottaison

\_\_\_\_\_  
**Signature du parent ou du tuteur**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Nom du parent ou du tuteur en lettres moulées**