



**INDIQUEZ CI-APRES :**

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

**3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.... Précisez.

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

**4 – RESPONSABLE DE L’ENFANT :**

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

ADRESSE (pendant le séjour) .....  
.....  
.....

Tél. fixe (et portable), domicile : ..... bureau .....  
Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) .....

**En cas d’urgence :**

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l’enfant, autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

Date : Signature :

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR (TRICE) A L’ATTENTION DES FAMILLES**

Coordonnées de l’organisateur de l’accueil

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

**OBSERVATIONS**

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