

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, a-t-il un régime alimentaire particulier ?... **PRÉCISEZ**.

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

5 – RESPONSABLE LÉGAL DEL'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXEET/OUPORTABLE DOMICILE : BUREAU :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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 :