

INDIQUEZ CI -APRES :

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, etc
Précisez
.....
.....
.....
.....
.....

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)
.....
.....
.....

TÉL FIXE (ET PORTABLE) , DOMICILE : BUREAU

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT FACULTATIF

Je soussigné,
responsables 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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances

.....
OBSERVATIONS
.....
.....