



**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, ETC... PRÉCISEZ.**

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT 1 : Mère, Père, tuteur (rayer les mentions inutiles)**

NOM ..... PRÉNOM .....  
ADRESSE : .....  
.....  
.....  
TÉL. DOMICILE : ..... TÉL.PORTABLE..... TÉL.BUREAU : .....

**6 - RESPONSABLE DE L'ENFANT 2 : Mère, Père, tuteur (rayer les mentions inutiles)**

NOM ..... PRÉNOM .....  
ADRESSE : .....  
.....  
.....  
TÉL. DOMICILE : ..... TÉL.PORTABLE..... TÉL.BUREAU : .....

**7 - RESPONSABLE DE L'ENFANT 1 : Mère, Père, tuteur (rayer les mentions inutiles)**

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

*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 :