

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil ?
(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

SI OUI PRECISEZ LESQUELS, LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

..... | _/_/_/____
..... | _/_/_/____
..... | _/_/_/____

IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne

.....
.....

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

.....
.....

N° DE S.S. OBLIGATOIRE		N° TEL	DOMICILE	TRAVAIL	PORTABLE
---------------------------	--	--------	----------	---------	----------

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

.....

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT:

Je soussigné (e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du responsable légal :