

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....

TEL FIXE DOMICILE : BUREAU :

PORTABLE Mère : Père :

NOM et TEL DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° de carte vitale :

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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :