



1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

ALLERGIES

ASTHME

non

MÉDICAMENTEUSES

oui non

: ALIMENTAIRES non

AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si auto médication le signaler)

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

NOM.....

ADRESSE

TÉL. FIXE (ET PORTABLE),

DOMICILE.....

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.