

Nom-Prénom : né(e) le F / M

Est-il en règle au niveau de ses vaccinations ? OUI NON

Observations dans la négative :

Date du dernier rappel DT POLIO :

Est-il allergique ? Si oui citer dans quel(s) cas :

Régime particulier :

Présente t-il une indisposition à pratiquer une ou plusieurs des activités proposées

Indiquer ici les difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations) :

Recommandations des parents :

Actuellement suit-il un traitement ? non – oui si oui lequel :

Autorisation Photo : OUI NON

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : **Prénom :**

Adresse (pendant la période du séjour).

Téléphone domicile : **Téléphone travail :**

Portable maman : **Portable papa :**

N° de sécurité sociale :

Personnes désignées par les parents pour récupérer l'enfant :

Nom-prénom : tél :

Nom-prénom : tél :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :2019

Signature :