

**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 :**