

NOM :..... **Prénom :**..... né(e) le :..... F / M

Est-il en règle au niveau de ses vaccinations ? OUI-NON Date dernier rappel DT Polio :...../...../.....

Observations dans la négative :.....

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

Régime alimentaire 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 :.....

bénéficiaire de l'AEEH

bénéficiaire d'un PAI HANDICAP

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 etc.....)
rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :/...../.....

Signature :