

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

PORT DE LUNETTES, DE LENTILLES, D'APPAREIL DENTAIRE OU AUDITIF, COMPORTEMENT DE L'ENFANT, DIFFICULTÉ DE SOMMEIL, RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIFIQUE, ÉNURÉSIE NOCTURNE ...

PRÉCISEZ :

5 – RESPONSABLE N° 1 DU MINEUR :

NOM :	Prénom :
Adresse : (pendant le séjour) :	
Ville :	Code Postal :
Tél. fixe & portable :	Tél. Bureau :

6 – RESPONSABLE N° 2 DU MINEUR :

NOM :	Prénom :
Adresse : (pendant le séjour) :	
Ville :	Code Postal :
Tél. fixe & portable :	Tél. Bureau :

NOM & Tél. du Médecin traitant :

*Je soussigné (e),Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
J'autorise le Responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de l'enfant.*

Fait à :Le :

Signature :