

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 ...
PRÉCISEZ :

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

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

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.

Fait à :Le :

Signature :

À REMPLIR PAR LE RESPONSABLE À L'ATTENTION DES FAMILLES - COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR



COMITÉ DES ACTIVITÉS SOCIALES INTERENTREPRISES DES CHEMINOTS AUVERGNE-NIVERNAIS

68 bis Avenue Edouard Michelin – 63100 CLERMONT-FERRAND ☎ 04 73 98 24 54 - ✉ siege63@casi-auvni.fr

OBSERVATIONS :
