

- **Indiquez les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

--

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez):

--

- **L'enfant mouille-t-il son lit ?**

oui		occasionnellement		non	
-----	--	-------------------	--	-----	--

- **S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?**

oui		non		Si oui, les règles sont-elles douloureuses ?	
-----	--	-----	--	---	--

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE (pendant le séjour).....

CODE POSTAL.....VILLE.....

TEL. Mère Domicile.....Port.....Bureau.....

TEL .Père Domicile.....Port.....Bureau.....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

ADRESSE COURRIEL :

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.

Date :

Signature :