



Régime alimentaire particulier :  oui  non

Précisez : .....

Allergies : médicamenteuses  oui  non autres  oui  non  
alimentaires  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

.....  
.....  
.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, asthme, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, saignements de nez...) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....  
.....  
.....

**III - Recommandations utiles :**

Pour son bien-être, précisez si l'enfant est atteint de troubles du comportement (autisme, hyperactivité, phobies et anxiété, somnambulisme, dyslexie, etc... ?

.....  
.....  
.....

L'enfant est porteur de : Lunettes  oui  non  
Appareil(s) auditif(s)  oui  non  
Appareil dentaire  oui  non  
Autres précisez (précisez) : .....

**IV - Responsable légal de l'enfant :**

Nom : Prénom :

Adresse : .....

Code postal : Ville : .....

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) : .....

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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :

Régime alimentaire particulier :  oui  non

Précisez : .....

Allergies : médicamenteuses  oui  non autres  oui  non  
alimentaires  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

.....  
.....  
.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, asthme, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, saignements de nez...) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....  
.....  
.....

**III - Recommandations utiles :**

Pour son bien-être, précisez si l'enfant est atteint de troubles du comportement (autisme, hyperactivité, phobies et anxiété, somnambulisme, dyslexie, etc... ?

.....  
.....  
.....

L'enfant est porteur de : Lunettes  oui  non  
Appareil(s) auditif(s)  oui  non  
Appareil dentaire  oui  non  
Autres précisez (précisez) : .....

**IV - Responsable légal de l'enfant :**

Nom : Prénom :

Adresse : .....

Code postal : Ville : .....

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) : .....

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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :