



**3 – LES DIFFICULTES DE SANTE :**

Indiquez ci-après les difficultés de santé, antérieures et actuelles, 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, etc.? Précisez :

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

Si votre enfant utilise le service de restauration, précisez le type de menu choisi :

- Menu classique                       Menu végétarien protéiné

---

**5 – RESPONSABLES DE L'ENFANT :**

MERE : Nom ..... Prénom .....

Adresse : .....

Numéros de téléphone Fixe : ..... Portable : ..... Professionnel : .....

PERE : Nom ..... Prénom .....

Adresse : .....

Numéros de téléphone Fixe : ..... Portable : ..... Professionnel : .....

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif) : .....

**En cas d'urgence :**

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, 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 :

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :