



**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES **DIFFICULTES DE SANTE**(MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS à PRENDRE** .

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

**4 -RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE- T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

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

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

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

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) .....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE: ..... BUREAU .....

NOM ET TEL DU MEDECIN 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.*

Date :

Signature :

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Profession du père : .....

Employeur (**en toutes lettres**) : .....

TEL : .....

Profession de la mère : .....

Employeur (**en toutes lettres**) : .....

TEL : .....

**N° d'allocataire à la Caisse d'Allocations Familiales :** .....