

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES oui non précisez :.....

MEDICAMENTEUSES oui non précisez :.....

AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non précisez :.....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

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

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

oui non

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

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

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

4. RESPONSABLE DU MINEUR

Nom du père

Nom de la mère

Adresse

Adresse.....

.....

.....

Commune

Commune.....

Tél portable.....

Tél portable

Tél Travail:.....

Tél Travail:.....

NOM du représentant légal :

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e),....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

A, le /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/

Signature des Parents ou Tuteur

Précédé de la mention « Lu et approuvé »