

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, 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 lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.... Précisez.

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

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM PRENOM

ADRESSE (pendant le séjour)

.....

CODE POSTAL : VILLE :

Tél. fixe (et portable), domicile bureau

Numéro Sécurité Sociale :

Nom et Tél. du médecin traitant -

En cas d'urgence :

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

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR (TRICE) A L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur de l'accueil

COMMUNAUTE DE COMMUNES
SUD VENDEE LITTORAL
107 avenue du Maréchal de Tassigny
85400 LUCON

OBSERVATIONS

.....