SE CONNAITRE

NOM _____

PRÉNOM _____

Date de naissance : _____

◆ TRAITEMENTS EN COURS

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

◆ ALLERGIES :

ASTHME	oui ☐	non ☐
MÉDICAMENTEUSES	oui ☐	non ☐
ALIMENTAIRES Précisez :	oui ☐	non ☐
AUTRES	oui ☐	non ☐

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

NOM des Parents pouvant être joints en cas de nécessité (ou du responsable)
…….....……..
ADRESSE ……..
TÉL. Domicile : ..... (Travail …….. PORTABLE……)

◆ MON ENFANT :

SIESTE :

SES PREFERENCES (activitées) :

SA SENSIBILITE :

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 :