



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

**OBSERVATIONS PARTICULIÈRES (RÉGIME ALIMENTAIRE)**

.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ**

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

L'enfant sait-il nager ?                      oui / non (rayer la mention inutile)

---

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....  
.....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN 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 :

---

**DEPART DE L'ENFANT APRES LES ACTIVITES**

1/ Pour les couples divorcés, il est impératif de nous signaler avant les changements de période de garde, quel est le parent qui est en charge pour chercher l'enfant. Cette précision permettra à l'équipe d'éviter des impairs qu'elle ne peut maîtriser sans ces informations : .....

2/ Nom, prénom et numéro de téléphone des personnes autorisées à chercher à ma place mon enfant au point d'accueil (signaler impérativement tout changement de personne)

→ .....  
→ .....  
→ .....

Sans cette autorisation l'enfant ne pourra être confié à la personne qui se présentera.

3/ J'autorise mon enfant à rentrer seul à mon domicile : (pour les enfants de plus de 11 ans) : oui / non

Fait à ....., le .....

Signature :