

L'ENFANT **NOM** : ..... **Prénom** : .....  
**Sexe** : Masculin Féminin **Date de naissance** : .....

Est-il en règle au niveau de ses vaccinations ? OUI NON  
Observations dans la négative : .....

DTPolio : Date du dernier rappel : .....

Est-il allergique ? Si oui citer dans quel(s) cas : .....  
.....

Présente-t-il une indisposition à pratiquer une ou plusieurs des activités proposées .....  
.....

Indiquer ici les difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations) : .....  
.....

Recommandations des parents : .....  
.....

Actuellement suit-il un traitement ? OUI NON  
Si oui, lequel ? .....

bénéficiaire de l'AEEH  bénéficiaire d'un PAI handicap

Autorisation PHOTO : OUI -NON

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

**NOM** : ..... **Prénom** : .....

**Adresse** (pendant la période du séjour) .....  
.....

**Téléphone domicile** : ..... **Téléphone travail** : .....

**Portables** **mère** : ..... **Père** : .....

**N° de sécurité sociale** : .....

Personnes désignées par les parents pour récupérer l'enfant :  
Nom-prénom : ..... Tél : .....  
Nom-prénom : ..... Tél : .....

Je soussigné, ..... Responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Date** : .....2023

**Signature** :