

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 :2024

Signature :