

*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 :**