
Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? oui non

Si oui, lequel ?.....

L'enfant est-il végétarien ? oui non

L'enfant suit-il un régime alimentaire spécial? oui non

L'enfant mouille-t-il son lit ? non occasionnellement oui

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? non oui

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

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

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom :Prénoms :

Adresse (pendant la période du séjour) :

.....

N° de Tél. privé :travail :

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 chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :Signature :

VI. OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR :

Par le médecin (indiquer Nom et Adresse)

Par le responsable du séjour (indiquer Nom et Adresse)