



**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : .....PRENOM : .....

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR : .....

.....  
 .....

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

NOM ET TEL. DU MEDECIN 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 (des 2 parents obligatoires)

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
 COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

C.C.A.S. DE VIMINES

CHEF LIEU

73160 VIMINES

Tél. : 04 79 70.98.38 Fax : Email :

**OBSERVATIONS**

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