

INDIQUEZ CI-APRES :

Indicate :

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

Health problems (Disease, accident, convulsive crisis, hospitalization, surgery operation). Please mention dates and precautions.

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

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Special recommendations

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

Does your child wear lenses, glasses, auditive prosthesis, dental prosthesis, etc...

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

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Child's Representative

NOM / Surname : PRENOM / Firstname.....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

Address (During the stay).....

.....
.....

TEL. FIXE (ou PORTABLE) DOMICILE : BUREAU :

Home Phone # (Landline or Mobile)

Office phone #

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.

I, undersigned,, legal representative of the child, attest that the information supplied within this form is correct and also allow the person responsible of the stay to take action (medical treatment, hospitalization, surgery) if needed for the safety of the child.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
To be filled in by the person responsible of the stay, for the attention of the family

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
Details and address of the person responsible of the stay or the center/school

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

OBSERVATIONS

Comments

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