

5°) RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI NON OCCASIONNELLEMENT

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? OUI NON

6°) RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : Prénom :

ADRESSE :

N° de S.S. : domicile :
☎ portable : ☎ travail :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné(e), Mr ou Mme 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, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :/...../.....

Signature

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

Lieu du séjour :	Cachet de l'organisme (siège social)
.....	
.....	
Arrivée le : / /	
Départ le : / /	

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

Par le médecin

(qui indiquera ses noms, adresse et n° de tél)

Par le responsable du séjour

(qui indiquera ses noms et adresse)