



**ALLERGIES : ALIMENTAIRES**

oui     non

MEDICAMENTEUSES

oui     non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

oui     non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et **d'éventuels soins à apporter** ?  Oui     Non

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

**3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énorésie nocturne, etc..

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

**4-RESPONSABLES DU MINEUR**

● Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) : .....

.....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

● Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) : .....

.....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR ET A RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SEJOUR**

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR : .....

OBSERVATIONS : .....

.....

.....