

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour : travail : portable :

Téi domicile : Nom et téi. du médecin 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.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

Observations :

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

Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
Né(e) le :
Lieu :
Adresse :
Téléphone :

FEDERATION DES ŒUVRES LAIQUES

Ligue de l'enseignement
15 rue Général de Reffye
88000 EPINAL

Tél : 03.29.69.60.54

Accueil de loisirs

DOCELLES

Année 2012