



**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

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

ANGOUL LOISIRS  
 5 RUE SAINT GILLES  
 17690 ANGOULINS SUR MER

Tél. : 05.46.56.84.66 Fax : 05.46.56.84.66 Email : angouloisirs.ic@9business.fr

**OBSERVATIONS**

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