



**REGIME ALIMENTAIRE :**

Pas de régime particulier       Sans porc       Sans viande       Autre : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il un suivi médical et/ou psychologique particulier (en dehors du séjour) ? OUI  NON

Si OUI précisez : \_\_\_\_\_

Problèmes rencontrés dans la vie quotidienne OUI  NON

Si OUI précisez : \_\_\_\_\_

L'enfant est-il incontinent ? OUI  NON  Précisez :  urinaire  fécale

A quelle fréquence ?  Régulièrement  Occasionnellement  Uniquement la nuit

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

**INDIQUEZ CI-APRES :**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Les activités contre-indiquées :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... précisez :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5- RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :**

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

**COORDONNEES TELEPHONIQUES :** DOMICILE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

PORTABLE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ BUREAU \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

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 :

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

Date : \_\_\_\_\_

Signature :