



**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 : .....

.....

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**

TERRE DEMERAUDE COMMUNAUTE  
SECTEUR JEUNES – 4 chemin du quart  
39270 ORGELET

Tél. : 03.84.25.48.25 // 06.33.98.26.41 Email : secteurjeunes-orgelet@terredemeraude.fr

**OBSERVATIONS**

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