



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 particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?  
 oui  non

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

### 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

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

### 4. RESPONSABLE DU MINEUR

NOM .....PRENOM .....

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

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

TEL PORTABLE : .....

NOM et TEL. du 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 par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature : .....

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

COORDONNEES de l'ORGANISATEUR du SEJOUR :  
.....  
.....

OBSERVATIONS :  
.....  
.....  
.....  
.....

Mise à jour mai 2012