



NOM _____

PRÉNOM _____

Date de naissance : _____

◆ **VACCINATION** Tétanos oui non

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

◆ **TRAITEMENTS EN COURS**

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non
 L'enfant a-t-il été contaminé par le COVID ? oui non
 Y a-t-il eu un cas de COVID dans le foyer ? oui non

(Si la prise de médicament doit être faite durant la journée, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

◆ **ALLERGIES :**

ASTHME oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non
 AUTRES oui non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :

◆ **NOM du Parent pouvant être joint en priorité en cas de nécessité**

.....

TÉL. Domicile : Travail PORTABLE.....

◆ **Informations complémentaires concernant l'enfant (ex : port de lunettes, maladie chronique etc)**

.....

◆ **Assurance Responsabilité Civile pour l'enfant**

Nom et adresse de l'assureur :

.....

Type de contrat.....N° du contrat.....

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 :