



**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 : Signature :

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

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

.....  
.....

**OBSERVATIONS :**

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