



Si oui, 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 administré sans ordonnance.**

**ALLERGIES :** ALIMENTAIRES oui  non   
MÉDICAMENTEUSES 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