

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION, EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES ...

PRÉCISEZ :

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : **Prénom :**

Adresse : (pendant le séjour) :

Ville : **Code Postal :**

Tél. fixe & portable : Tél. Bureau :

NOM & Tél. du Médecin traitant :

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.

Fait à : Le :

Signature :

À REMPLIR PAR LE RESPONSABLE À L'ATTENTION DES FAMILLES - COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR



COMITÉ DES ACTIVITÉS SOCIALES INTERENTREPRISES DES CHEMINOTS AUVERGNE-NIVERNAIS

68 bis Avenue Edouard Michelin – 63100 CLERMONT-FERRAND ☎ 04 73 98 24 54 - ✉ siege63@casi-auvni.fr

Service Activités Sociales ✉ activitessociales@casi-auvni.fr

OBSERVATIONS :