



**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

**3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...  
PRECISEZ.

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : .....PRENOM : .....

ADRESSE : .....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... MAIL : .....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif).....

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**

**COORDONNEES DE LA STRUCTURE :**

CANTON JEUNES

4 bis rue de la Coquaise

50340 FLAMANVILLE

Tél. : 02 33 52 60 21; E-mail : administratif@cantonjeunes.fr

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES : OBSERVATIONS**

.....

.....

.....

.....

.....

.....