



**INDIQUEZ CI-APRES :**

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

.....

.....

.....

.....

.....

⚠ L'enfant a-t-il une notification MDPH  OUI  NON (joindre la copie de la notification le cas échéant)

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... P..RENOM : .....

ADRESSE PENDANT LE SEJOUR : .....

.....

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

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

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

MAIRIE DE SOIGNOLLES EN BRIE  
ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL IMPASSE DES ECOLES  
77111 SOIGNOLLES-EN-BRIE

Tél. : 01.64.06.63.84 Fax : Email : portailfamille@soignollesenbrie.fr

**OBSERVATIONS**

.....

.....

.....

.....

.....