

4 - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant porte-t- il des lentilles : oui non
Des lunettes : oui non (au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)
Des prothèses auditives : oui non
Des prothèses ou appareil dentaire : oui non
Votre enfant fait-il pipi au lit oui non Parfois
Autres à préciser

5 – RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT DURANT LE SEJOUR

Nom Prénom
Adresse
Téléphone Obligatoire : Portable
Domicile Travail
Nom des personnes autorisées à venir chercher votre enfant à la fin séjour.
.....

Nom et Tel du médecin traitant :

Si nécessaire, nom de l'hôpital ou de la clinique ou vous souhaitez que votre enfant soit transporté.....

Nom de la caisse et n° régime obligatoire :

Nom de la mutuelle et n° d'adhérent :

6 - AUTORISATION EN CAS D'URGENCE oui non

Je soussigné(e).....responsable de l'enfant,
..... Autorise le responsable du séjour d'indian's vallée à
prendre les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature
Précédé de la mention « lu et approuvé »

PERE

MERE