

L'Enfant a-t-il déjà eu ces maladies

RUBÉOLE	OUI		NON			OTITE	OUI		NON	
COQUELUCHE	OUI		NON			ANGINE	OUI		NON	
VARICELLE	OUI		NON			SCARLATINE	OUI		NON	
ROUGEOLE	OUI		NON			RHUMATISME ARTICULAIRE	OUI		NON	
OREILLONS	OUI		NON							

**ALLERGIES** ASTHME OUI  NON  MÉDICAMENTEUSES OUI  NON   
 ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES ..... OUI  NON   
 (animaux, pollen...)

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES ÉVOCATEURS ET LA CONDUITE A TENIR

.....  
 .....  
 .....

**3 - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DES PARENTS**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, trouble du sommeil, énurésie nocturne, régime alimentaire particulier etc ....

.....  
 .....  
 .....

Votre enfant sait- il nager ? Oui  non

**4 - RESPONSABLES DU MINEUR DURANT LE SÉJOUR**

NOM ..... PRÉNOM .....  
 ADRESSE .....  
 .....  
 TEL DOMICILE ..... TEL PORTABLE .....  
 TEL TRAVAIL .....

NOM ..... PRÉNOM .....  
 ADRESSE .....  
 .....  
 TEL DOMICILE ..... TEL PORTABLE .....  
 TEL TRAVAIL .....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT : .....

**5 - AUTORISATION EN CAS D'URGENCE**

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant .....  
 déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le responsable du séjour de Indian's Vallée  
 à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires selon l'état de santé du mineur.

Date : Signature : Père Mère