

4 - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant porte-t- il des lentilles :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Des lunettes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
(au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant)					
Des prothèses auditives :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			
Des prothèses ou appareil dentaire :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			
Votre enfant sait il nager	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			
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