



---

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ?      oui  non

Si oui, lequel ?.....

---

L'enfant est-il végétarien ?                                      oui  non

L'enfant suit-il un régime alimentaire spécial ?      oui  non

L'enfant mouille-t-il son lit ?                                      non  occasionnellement  oui

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?                      non  oui

---

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

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

---

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

Nom : .....Prénoms : .....

Adresse (pendant la période du séjour) : .....

.....

N° de Tél. privé : .....travail : .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....Signature : .....

---

**VI. OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR :**

Par le médecin (indiquer Nom et Adresse)

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

Par le responsable de l'activité (indiquer Nom et Adresse)

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