

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE CANDIDAT

- Le candidat suit-il un traitement médical ? Oui - Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

- Le candidat a eu les maladies suivantes :

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons

- Allergies : Alimentaires Médicamenteuses Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

- Asthme

Indiquez ci-après les difficultés de santé (Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, ...) en précisant dates et précautions à prendre.

.....
.....

Recommandations utiles : Port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires...). Précisez.

.....
.....

N° Assurance * :

Dénomination :

N° CAF :

*Il vous appartient de contracter une assurance responsabilité civile et individuelle accident incluant toutes les garanties utiles : rapatriement sanitaire...

Je soussigné(e) 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 du candidat.

Je m'engage à fournir la photocopie des pages « vaccinations » du carnet de santé.

A

Le

Lu et approuvé

Signature de la mère

Signature du père

Autre personne responsable