

SÉJOUR : _____ du : __ / __ / __ au : __ / __ / __ Nom du C.S.E : _____

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom légal du participant : _____ Prénom : _____
Sexe : F M Date de naissance : __ / __ / __ Lieu de naissance : _____ Âge : ____ ans
Taille en cm : _____ Pointure de chaussures de ville : _____ Poids : _____
Si séjour avec possibilité choix : Ski Snowboard Niveau dans la discipline ? _____
Carte nationale d'identité N° _____ ou Passeport N° _____
Délivré(e) le : _____ Date d'expiration : __ / __ / __

IDENTIFICATION DU RESPONSABLE LÉGAL

Nom du responsable légal : _____
Adresse complète : _____
Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____ Adresse mail : _____
En cas d'absence du responsable légal, **Personne à contacter** : _____
Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

VACCINATIONS

Joindre **obligatoirement** une copie des pages du carnet de vaccination ou une attestation de vaccination à jour du médecin.

Ne remettez jamais l'original du carnet de santé, les copies suffisent.

Si l'enfant n'a pas été vacciné, joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication.

ALLERGIES, MALADIES ET TRAITEMENTS

• L'enfant présente-t-il des difficultés de santé ? (Maladie, accident, opération, rééducation...) Indiquez les dates et les précautions à prendre.

• L'enfant a-t-il des allergies ?

MÉDICAMENTEUSES : Oui Non ALIMENTAIRES : Oui Non ASTHME : Oui Non

Si oui, précisez et indiquez la conduite à tenir : _____

• L'enfant suit-il un traitement ? Si oui, lequel ? _____

N'oubliez pas de nous transmettre l'ordonnance avec la posologie et ses médicaments marqués à son nom.

AUTRES RECOMMANDATIONS

• L'enfant suit-il un régime alimentaire ? Si oui, lequel ? _____

• L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non Parfois • Votre fille est-elle réglée ? Oui Non

• L'enfant porte-il des lunettes, des lentilles, des prothèses dentaires, des prothèses auditives, etc. ?
Si oui, précisez : _____

• Votre enfant part-il avec un compagnon de voyage ? _____

• Autres recommandations utiles concernant l'enfant : _____