



Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

- Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?  
Oui  non

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

### 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, ou autres éléments important à savoir,...

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

### 4. RESPONSABLE DU MINEUR

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

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

TEL DOMICILE : ..... TEL. TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

.....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.



ESPACES LOISIRS  
ITINÉRANTS

Date et signature :