

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...
PRECISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____
ADRESSE : _____

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____
NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT(facultatif).....

Je soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, 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 de
l'enfant.

Date : _____ Signature _____

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

LES FRANCAS DOUBS
1 RUE ROBERT SCHUMAN
25000 BESANCON

Tél. : 03.81.82.61.30 Fax : 03.81.82.61.39 Email : secretariat.besancon@francas-doubs.fr

OBSERVATIONS

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