**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

NOM : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Prénom : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Classe : . . . . . . . . . . .

Date de naissance : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nom de la personne à contacter en cas d’urgence : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adresse : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Téléphones : Domicile : . . . . . . . . . . . . . . . . . . Travail : . . . . . . . . . . . . . . . . . Portable : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Mon enfant aura un téléphone portable sur place OUI NON (1)

**AUTORISATION PARENTALE**

Monsieur ou Madame . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . représentant légal de l’enfant . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . donne pouvoir aux responsables du voyage pour prendre toutes dispositions

nécessaires en cas de maladie ou d’urgence médicale (consultation, hospitalisation, opération, …)

A . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Le . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Signature :

**REGIME ALIMENTAIRE :**

* Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? OUI NON (1)

Si oui, précisez . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

* Est-il allergique à certains aliments ? OUI NON (1)

Si, oui, lesquels ? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**REGIME MEDICAL :**

*Dans le cas où un enfant devrait suivre un régime médical durant le séjour, les médicaments devront être remis le jour du départ, accompagnés de l’ordonnance à l’un des responsables.*

* Votre enfant suit-il un régime médical particulier ? OUI NON (1)

Si, oui, lequel ? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

* Est-il sujet à une (ou des) allergies ? OUI NON (1)

Si, oui, laquelle (ou lesquelles) ? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

* Souffre-t-il d’une maladie chronique ? OUI NON (1)

Si, oui, laquelle ? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

* Est-il allergique à des médicaments ? ? OUI NON (1)

Si, oui, lesquels ? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**RECOMMANDATIONS PARTICULIERES :**

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

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

(1) Cocher SVP