

4-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'ENFANT PRÉSENTE-T-IL DES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, traumatismes, en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

L'ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, LUNETTES, PROTHÈSES DENTAIRES, PROTHÈSES AUDITIVES... (précisez)

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

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LE COVID-19 oui non

SI OUI À QUELLE DATE _____

L'ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ÉNURÉSIE NOCTURNE (pipi au lit) oui non

POUR LES FILLES, EST-ELLE RÉGLÉE oui non

SI OUI À QUELLE DATE _____

5-RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

LIEN DE PARENTÉ :

ADRESSE (pendant le séjour)

.....
.....

TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL :

Je soussigné.e responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements fournis et autorise le directeur à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Date :

Signature :