

Groupe :

Territoire :

IDENTITÉ

Nom	
Prénom	
Sexe	
Date de naissance	

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom	Téléphone 1	Téléphone 2

VACINATIONS À JOUR

Joindre une photocopie de la/des page(s) de vaccination du carnet de santé ou une attestation de vaccination à jour de votre médecin traitant.

ALLERGIES

Aliments, médicaments, autres

POINTS D'ATTENTION

Par exemple : régime alimentaire ; hyperactivité, handicap etc.

Prise de traitement médical quotidien ?

- OUI, la prise des médicaments est à la responsabilité de l'adulte
- NON.

Je soussigné,
, 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 chirurgical) rendues nécessaires par mon état.

Date et signature :