



**RÉGIMES PARTICULIERS :** L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? OUI  NON

Si oui, précisez :

.....  
.....  
**Association inclusive et laïque, EJ'N ne propose pas de régime halal, casher ou relevant de tout autre culte.**

L'enfant consomme-t-il du porc ? OUI  NON

L'enfant consomme-t-il de la viande ? OUI  NON

S'il s'agit d'une fille : est-elle réglée ? OUI  NON

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI  NON  OCCASIONNELLEMENT

**DIFFICULTÉS DE SANTÉ :** L'enfant a-t-il des difficultés de santé ? (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....  
**4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... ?

OUI  NON  Si oui, précisez.

.....  
.....  
**5. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse (pendant le séjour) :** .....

..... **Code postal :** ..... **Commune :** .....

**Date de naissance :** ...../...../..... **Lieu de naissance :** ..... **Code postal de naissance :** .....

**Profession :** .....

**N° Sécurité sociale (15 chiffres) :** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Mutuelle :** ..... **N° contrat :** .....

 **Domicile :** .....  **Portable :** .....  **Bureau :** .....

**Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :** .....

**Adresse de Caisse Sécurité Sociale :** Laon  Saint-Quentin  Soissons

**Etes-vous bénéficiaire de la CMU ?** Oui  Non

**Si oui, nous fournir obligatoirement une copie de l'attestation CMU.**

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 éventuellement sous anesthésie générale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels ; à prendre à ma charge les suppléments dus à un retour individuel ainsi que les frais d'accompagnement en cas de retour anticipé de l'enfant.

**Date :** ..... **Signature :** .....

**OBSERVATIONS (faites pendant le séjour, à l'attention des parents) :**