

Nom du participant :

Prénom :

Age :

Nom du Séjour :

Dates du :

Le participant :

Date et lieu de naissance :

Poids :

Taille :

Pointure :

- Est-il familiarisé avec l'eau de mer ? oui non
 - Est-il familiarisé avec l'eau en piscine ? oui non
 - Sait-il nager ? oui non
 - Brevet de natation 25 m 50 m
 - Part-il pour la 1^{ère} fois en séjour de vacances ? oui non

 - Si l'enfant porte des lunettes, indiquer les références de ses verres (diagnostic) :
 - S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? oui non
 - Votre enfant présente -t il une allergie ? si oui laquelle ?
 - Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique? oui non
- Précisez :** (Végétarien etc...)
- Votre enfant a-t-il une habitude particulière avant de se coucher / pendant la nuit ? oui non
 - Mouille t il son lit ? oui non
 - Faut-il le réveiller la nuit pour aller aux toilettes ? oui non

Fournir **obligatoirement** la photocopie du carnet de santé de l'enfant (pages des vaccinations)

N° Tél du médecin traitant :

Adresse de votre CPAM :

N° de sécurité sociale :

Si vous bénéficiez d'une prise en charge à 100%, nous remettre impérativement une copie de l'attestation de la sécurité sociale et une copie de votre CMU.

Fait le .. / .. /2008 à

Remarques :

Signature obligatoire :