

# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Validité illimitée sauf si changement d'état de santé à signaler

Séjour du ..... au ..... Thème

Nom de l'Enfant

né(e) le .. / .. / ....

C.L.O.S. Nature - Le Clos d'Alice – 34230 LE POUGET

06 25 84 73 63

leclosdalice.vpn@gmail.com

## 1- ALLERGIES (alimentaires - médicamenteuses

respiratoires - de contact - aux venins)

OUI/NON Nature

OUI/NON Nature

OUI/NON Nature

Conduite à tenir :

## 2- RECOMMANDATIONS particulières

(Port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, de protections particulières ...)

OUI/NON Nature

OUI/NON Nature

OUI/NON Nature

Conduite à tenir

## 3- AUTRES INFORMATIONS

Si vous avez des **informations importantes**, concernant une **conduite spécifique** à tenir avec votre enfant et nécessaires au **bon déroulement de son séjour**, merci de nous en faire part **sous pli scellé** adressé à la direction

*Si votre enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre impérativement l'ordonnance en cours de validité (moins de 6 mois) ainsi que les médicaments dans leur conditionnement d'origine marqués au nom de l'enfant, accompagnés de la notice d'emploi.*