



Informations médicament(s) + régime(s)

à remettre au maître de classe

Nom et prénom :

Classe : Année de naissance :

Domicile (localité) : Rue :

Numéro de tél. des parents :

Numéro de tél. si urgence :

Informations médicales particulières

Votre enfant souffre-t-il d'une **maladie** ou d'une **allergie** auxquelles nous devons être attentifs ? Si oui, laquelle ? Suit-il un **régime particulier** ? Si oui, lequel ?

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

Devra-t-il prendre des médicaments durant le camp ? Si oui, qui est responsable de la prise de ceux-ci et où doivent-ils être conservés ?

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

Y a-t-il des médicaments qu'il faut éviter en cas de problème/accident (ex. : aspirine) ?

.....
.....

Autre ? (soyez précis) :

Date : Signature d'un parent :

Signature de l'élève :