## Cadre 1 : prise de connaissance

A remettre à Mme Deswaert pour le vendredi 30 octobre 2017 **au plus tard**.

Nom, prénom de la personne responsable …… (père, mère, tuteur) de l'élève ……..… (Nom et prénom de l'élève) en 1re …… ai pris connaissance de l'avis concernant les classes de forêt et m'engage à respecter strictement les dates des paiements. Un élève non en ordre de paiement ne pourra pas partir.

**Date et signature du (des) parent(s)**

## Cadre 2 : fiche signalétique

A remettre à Mme Deswaert pour le vendredi 30 octobre 2017 **au plus tard**.

NOM et Prénom de l'élève : ……..……..…

Lieu et date de naissance : né(e) le … / … / …….. à …….……

NOM et Prénom de la personne responsable (tuteur) : ……..…

Adresse : rue ……, n° …… à ……. (Boite postale : ……)

Téléphone : …. / ……..…….. et/ou GSM : …. / ……..……

Autre personne à contacter en cas d'urgence : ……( NOM et Prénom)

Lien avec l'enfant (grands parents, …) : …….

Adresse : rue ……, n° …… à ……. (Boite postale : ……)

Téléphone : …. / ……..…….. et/ou GSM : …. / ……..……..

**Date et signature du (des) parent(s)**

## Cadre 3 : dossier médical

A remettre à Mme Deswaert pour le vendredi 30 octobre 2017 **au plus tard**.

NOM et Prénom de l'élève : ……..……..…

Personne responsable à contacter en cas de nécessité : ……..

Téléphone : …... / ……..……..…..… et/ou ..….. / ……..……..…..… et/ou : …... / ……..……..……

**Données médicales de l'élève** :

Groupe sanguin : ……
A-t-il été vacciné contre le tétanos? : oui / non[1]

- Date de la première injection : … / … / ……..
- Date du dernier rappel : … / … / ……..

L'enfant souffre-t-il de manière permanente ou régulière de :

- Diabète : oui / non[1]
- Asthme : oui / non[1]
- Affections cardiaques : oui / non[1]
- Epilepsie : oui / non[1]

L'enfant a-t-il une thérapie en cours et à poursuivre pendant le séjour ? Oui / non[1]
Si oui, laquelle ? (veuillez la décrire) : …….....

L'enfant est-il allergique ? Si oui, à quoi ? ……

L'enfant est-il soigné uniquement par homéopathie ? : oui / non[1]

**1 : Biffez les mentions inutiles**

*Coller ici une vignette de mutuelle*

*Coller ici une vignette de mutuelle*

**Date et signature du (des) parent(s) :**