



## Particularités médicales

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Groupe : .....

Domicilié à : .....

**Particularités médicales :**

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

**Traitement détaillé :**

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

**Divers, remarques :**

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

Date et signature de l'un des parents : \_\_\_\_\_

**Ce document doit être rendu à l'infirmier-ère le 1<sup>er</sup> jour du camp, datée et signée.**