



Nom :
Prénom :
Adresse :
Sexe : M F Date de naissance : / /
Taille : M Poids KG

Renseignements médicaux et individuels



RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

Qui exerce l'autorité parentale ? Père Mère Tuteur

Nom, prénom

Adresse :

CP : Ville :

Tél. 1 : Tél. 2 :

Email :

Nom, prénom

Adresse :

CP : Ville :

Tél. 1 : Tél. 2 :

Email :

À QUI TÉLÉPHONER EN CAS D'URGENCE ?

Nom, prénom

Tél. 1 : Tél. 2 :

Nom, prénom

Tél. 1 : Tél. 2 :

AUTORISATION PARENTALE (à remplir obligatoirement)

Je soussigné(e),
père, mère, tuteur, (rayer les mentions inutiles)

1. autorise mon fils - ma fille à pratiquer les activités organisées par le centre de vacances, dans les conditions définies dans la fiche descriptive du séjour dont nous avons pris connaissance ;
2. autorise le responsable du séjour à le (la) faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins ;
3. m'engage à payer la part des frais de séjour restant à ma charge, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'interventions chirurgicales éventuelles ;
4. m'engage, en cas de retour anticipé pour raison d'inadaptation ou de renvoi, à prendre en charge les suppléments dus à un retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.

À Le

Signature :
Précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé »



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Obligation de joindre à ce dossier une photocopie du carnet de santé de l'enfant
(vaccinations, maladies déjà contractées et déclarées)

Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale dont dépend le responsable de l'enfant :

N° d'assuré social ou assuré MSA

Le responsable de l'enfant bénéficie-t-il d'une mutuelle ou d'une assurance ?

Oui Non, si oui, adresse :

CP : Ville :

N° adhérent ou de police :

Couverture Maladie Universelle (CMU) : Oui Non

Si oui, joindre obligatoirement une photocopie de l'attestation à jour ainsi qu'une photocopie de l'attestation de la carte vitale.

Votre enfant a-t-il des problèmes :

- d'asthme ? Oui Non

- de scoliose ? Oui Non

- d'incontinence ? Oui Non

- d'allergie ? Oui Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Votre enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour :

Oui Non,

si oui, joindre une copie de l'ordonnance et les médicaments correspondants, avec leur notice et dans leur emballage d'origine

Dernières interventions chirurgicales subies (avec date) :

Existe-t-il des contre-indications pour des activités :

Oui Non, si oui, préciser :

Votre enfant est-elle réglée ? Oui Non

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non

Si oui, précisez à quels moments il peut s'en passer ou s'il doit les porter en permanence :

Donnez la référence des verres :

Œil droit : Œil gauche :

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?

Oui Non, si oui, précisez lequel :

Autres renseignements concernant la santé de l'enfant :