

AUTORISATION PARENTALE (à remplir obligatoirement)

Je, soussigné-e _____, père, mère, tuteur (1),

1°) autorise _____ (mon fils - ma fille (1)) 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'intervention chirurgicale éventuels ;

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.

A :

Le :

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

(1) Rayer la (ou les) mention(s) inutile(s)

Vaccins réalisés : Joindre obligatoirement une photocopie des pages vaccinations du carnet de santé

Toute modification des renseignements contenus dans cette fiche devra être signalée.

ORGANISATEUR : **F.O.L. 23**



NOM DU SÉJOUR :

Dates du séjour : du _____ au _____

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET FAMILIAUX

RENSEIGNEMENTS SUR LE JEUNE (*obligatoire) *

* Nom :

* Prénom :

* Date de naissance :

* Sexe : **M** **F**

* Taille :

* Poids :

PHOTO
OBLIGATOIRE

**RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT LA SANTÉ DU JEUNE
ET/OU**

**RENSEIGNEMENTS QUE VOUS SOUHAITEZ COMMUNIQUER SUR SA PERSON-
NALITÉ :**

.....

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

N° d'assuré social (CPAM/MSA)	
Adresse de l'assurance ou mutuelle	
Couverture Maladie Universelle (CMU)	Oui Non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Maladies déjà contractées :

Rougeole : oui non	Varicelle : oui non	Oreillons : oui non
Rubéole : oui non	Scarlatine : oui non	Otite : oui non
A t-il des problèmes d'asthme ?	Oui Non	
A t-il des problèmes de scoliose ?	Oui Non	
A t-il des problèmes d'incontinence ?	Oui Non	
A t-il des problèmes d'allergie ? Si oui, préciser :	Oui Non	
Régime alimentaire :		

Dernière interventions chirurgicales subies (avec dates) :	
Existe-t-il des contres indications pour des activités ? Si oui, préciser :	Oui Non
Votre enfant est-elle réglée ?	Oui Non
Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Si oui, préciser à quels moment il peut s'en passer ou s'il doit les porter en permanence	Oui Non
Votre enfant doit-il suivre un traitement médical durant le séjour ? Si oui, joindre une copie de l'ordonnance et les médicaments correspondants, marqués au nom de l'enfant	Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

Qui exerce l'autorité parentale ?	Père	Mère	Tuteur
Nom, prénom du père			
Profession :			
Adresse :			
Téléphones :			
M@il :			
Nom, prénom de la mère			
Profession :			
Adresse :			
Téléphones :			
M@il :			
Nom, prénom du tuteur :			
Profession :			
Adresse :			
Téléphones :			
M@il :			

SI L'ENFANT EST CONFIE À UNE INSTITUTION

Dénomination	
Adresse	
Coordonnées	

QUI CONTACTER EN CAS DE NON -PRÉSENCE DU RESPONSABLE ?

Nom, Prénom :	
Lien avec l'enfant :	
Coordonnées	