

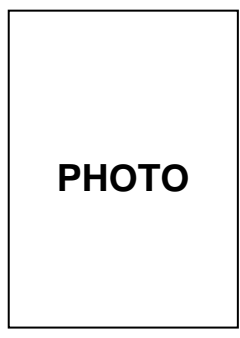


A REMETTRE AU MOMENT DU DEPART

Fiche de renseignements médicaux et individuels

Nom :
 Prénom :
 Adresse :

 Sexe : M - F
 Taille :M Poids : Kg
 Date de Naissance : / /



N° de réservation : Séjour :
 Référence du séjour : Ville de départ :
 Du : au :

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

Qui exerce l'autorité parentale ? Père - Mère - Tuteur

Nom, prénom :
 Adresse :
 CP : Ville :
 Tél 1 : Tél 2 :
 E-mail :

Nom, prénom :
 Adresse :
 CP : Ville :
 Tél 1 : Tél 2 :
 E-mail :

(Si le jeune est confié à une institution)

Dénomination :
 Adresse :
 CP : Ville :
 Tél. :
 E-mail :
 Personne à contacter :
 Tél astreinte 24h/24h :

A QUI TELEPHONER EN CAS D'URGENCE ?

Nom, prénom :
 Téléphone 1 : ... / ... / ... / ...
 Téléphone 2 : ... / ... / ... / ...

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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 :

AUTORISATION PARENTALE

(à remplir obligatoirement)

Je, soussigné(e),, père, mère, tuteur,
 1. autorise mon fils - ma fille /le - la jeune 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"

E-mail :@.....