

DOCUMENT OBLIGATOIRE A REMETTRE LE JOUR DU DÉPART

Code de l'action Sociale et de la Famille Art. R.227-7

ATTENTION : en cas de non présentation de ce document et des pièces demandées, l'enfant ne pourra pas être accueilli sur son lieu de séjour !

Renseignements médicaux et individuels

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

N° de Tél. :

Sexe : M - F ; Taille : ; Poids : kg

Date de naissance : / /

PHOTO RÉCENTE

(obligatoire)

Centre : / Séjour : 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 :/...../...../...../.....

AUTORISATION PARENTALE

(à remplir obligatoirement)

Je, soussigné(e),
père, mère, tuteur, (rayer la mention inutile)

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. autorise mon enfant à quitter l'hôpital, la clinique avec le directeur du centre ou son représentant nommément désigné par celui-ci ;
4. m'engage à payer la part des frais de séjour restant à ma charge, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'interventions chirurgicales éventuelles ;
5. m'engage, en cas de retour anticipé pour raison d'inadaptation ou de renvoi : à récupérer mon enfant au centre de vacances. A défaut, 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 :@.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Obligation de joindre à ce dossier une photocopie du carnet de santé de l'enfant (vaccinations à jour obligatoire, 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
Joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation de droit en cours de validité de la CPAM ou MSA ou autre...

❖ 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 :

❖ Complémentaire santé solidaire (ex- 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 sait-il nager ? 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 utiles concernant la santé de l'enfant :