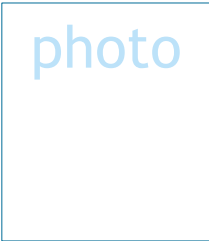




Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Sexe : M F Date de naissance : / /
 Taille : M Poids : KG



Renseignements médicaux et individuels À REMETTRE AU MOMENT DU DÉPART

Numéro de réservation : Séjour : (comme indiqué sur la confirmation de réservation en haut à gauche)
 Dates du séjour du : au :
 Référence du séjour : Ville de départ :

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 :

Si le jeune est confié à une institution

Dénomination :
 Adresse :
 CP : Ville :
 Tél. :
 Email :
 Personne à contacter :
 Tél. astreinte 24 h/24 h :

À QUI TÉLÉPHONER EN CAS D'URGENCE ?

Nom, prénom
 Tél. 1 : Tél. 2 :

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 :

AUTORISATION PARENTALE (à remplir obligatoirement)

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

- 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 ;
- 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 ;
- m'engage à payer la part des frais de séjour restant à ma charge, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'interventions chirurgicales éventuelles ;
- 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 »*

Email :@.....