



## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT L'ENFANT

Nom, prénom du père (ou du tuteur légal) : .....  
Nom, prénom de la mère .....  
Adresse du (ou des) responsable(s) de l'enfant .....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....

Si l'enfant est sous tutelle d'une collectivité :  
Nom et adresse de la collectivité : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....

(\*) Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul ? ..... oui - non

Si non, indiquez ci-dessous la liste des personnes autorisées à le prendre en charge à la sortie de l'activité :

Nom	Prénom

*Certaines situations familiales engendrent parfois une organisation spécifique concernant la prise en charge de l'enfant, merci de nous informer de la situation.*

### Autorisation parentale (obligatoire)

Je, soussigné, .....  
père, mère, tuteur(\*) responsable(s) de l'enfant : .....

1 - Autorise l'équipe pédagogique à effectuer des prises de photographies de mon enfant et de renoncer à mes droits à l'image. Les légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de la (ou des) photographies ne devront pas porter atteinte à sa réputation ou à sa vie privée.

1 - Autorise la direction du centre de vacances à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence que nécessitent son état, suivant les prescriptions des médecins et régler les frais pouvant en résulter.

3 - En cas de rapatriement pour raison d'inadaptation, je m'engage à prendre à ma charge les suppléments dus à un retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.

A ..... le .....  
Signature,

(\*) Rayer la mention inutile

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET COUVERTURE SOCIALE DE L'ENFANT

Si le groupe sanguin est déterminé, indiquez le : Groupe : ..... Rhésus : .....

(\*) Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? ..... OUI - NON

Si oui, fournir une ordonnance médicale ainsi que les médicaments dans leurs emballages d'origine accompagnés de la notice d'utilisation.

(\*) L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole : OUI - NON / Varicelle : OUI - NON / Angine : OUI - NON

Otitites : OUI - NON / Coqueluche : OUI - NON / Asthme : OUI - NON

Oreillons : OUI - NON / Scarlatine : OUI - NON / Eczéma : OUI - NON

Indiquez les antécédents médicaux ou chirurgicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour en précisant les dates (pathologies chroniques ou aiguës, allergies médicamenteuses, accidents) :

.....  
.....

### Vaccination

**Joindre obligatoirement une photocopie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations ou du carnet de vaccination.**

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? .....

**Nom et coordonnées du médecin traitant :** .....

Tél : .....

Veillez recopier les informations nécessaires à partir de votre carte vitale et de l'attestation de carte Vitale :

Adresse du centre de Sécurité Sociale dont dépend(ent) l'enfant ou le(s) responsable(s) de l'enfant : .....

N° de sécurité sociale (sans oublier les deux derniers chiffres) : .....

Veillez recopier les informations nécessaires à partir de votre carte de mutuelle :

Nom de l'organisme de mutuelle : .....

**Merci de fournir une photocopie de l'attestation de la carte Vitale et de la carte de mutuelle et de l'agrafer sur cette partie de la fiche sanitaire (possibilité de photocopie au service Pôle Accueil Population ou au Pôle administratif (Beaulieu).**

(\*) Votre enfant est-il assuré extra scolaire ? ..... OUI - NON

Si oui, nom de l'organisme. ....

Signature,

(\*) Rayer la mention inutile