

Où téléphoner, en cas d'urgence, pendant le séjour de vacances ?

NOM, prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone domicile : .....  
Téléphone mobile : .....  
Téléphone travail : .....

Renseignements que vous souhaitez communiquer sur la personnalité de votre enfant :

.....  
.....  
.....  
.....

Si le jeune est inscrit par l'intermédiaire d'une collectivité, désignation et adresse de celle-ci :

.....  
.....

Téléphone : .....

**AUTORISATION PARENTALE (A remplir obligatoirement)**

Je, soussigné .....  
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 »

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

**SI VOUS AVEZ DÉJÀ REMPLI CETTE FICHE. INUTILE DE LA REMPLIR À NOUVEAU**

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



**ORGANISATEUR :**

**CENTRE DE VACANCES :**

**Nom du séjour :**

**Référence :**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

**A placer dans la valise et/ou à remettre aux animateurs le jour du départ**

Séjour du ..... Au .....

NOM : .....

Prénoms : .....

Sexe : M - F Taille : ..... Poids : .....

Date de naissance : .....

PHOTO

**CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE**

Je, soussigné .....

certifie avoir examiné ce jour le (la jeune) .....

et l'avoir reconnu(e) apte à pratiquer les activités physiques et sportives prévues dans le cadre du séjour en centre de vacances désigné ci-dessus.

Date : ..... Signature :

Cachet du médecin

**RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT LA SANTÉ DU JEUNE**

.....  
.....  
.....  
.....

**Si vous le jugez utile, joignez à ce dossier une photocopie du carnet de santé de votre enfant**  
**SI VOUS AVEZ DÉJÀ REMPLI CETTE FICHE. INUTILE DE LA REMPLIR À NOUVEAU**

Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale dont dépend le responsable de l'enfant

N° d'assuré social :

N° d'allocataire CAF / MSA (1) :

Quotient familial (2) :

Le responsable de l'enfant bénéficie-t-il d'une mutuelle ou d'une assurance ?

Oui - non (1) - Si oui, adresse :

N° d'adhérent ou de police :

Couverture Maladie Universelle (CMU) : oui - non (1) - Si oui, joindre obligatoirement photocopie de l'attestation à jour ainsi que photocopie de l'attestation de la carte vitale.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

#### Maladies déjà contractées :

Rougeole : oui - non (1)    Varicelle : oui - non (1)    Oreillons : oui - non (1)

Rubéole : oui - non (1)    Scarlatine : oui - non (1)    Otite : oui - non (1)

A-t-il des problèmes d'asthme : oui - non (1)

A-t-il des problèmes de scoliose : oui - non (1)

A-t-il des problèmes d'incontinence : oui - non (1)

A-t-il des problèmes d'allergie : oui - non (1), si oui, préciser à quoi :

Vaccins réalisés (avec date de vaccination ou de rappel) :

Dernières interventions chirurgicales subies (avec date) :

Existe-t-il des contre-indications pour des activités : oui - non (1), Si oui, préciser :

Votre enfant est-elle réglée ? oui - non (1)

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? oui - non (1)

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 doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour :

oui - non (1). Si oui, joindre une copie de l'ordonnance et les médicaments correspondants, avec leur notice et dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant.

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

(2) Voir documents mairie, CAF ou MSA



ORGANISATEUR :

CENTRE DE VACANCES :

Nom du séjour :

Référence :

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A placer dans la valise et/ou à remettre aux animateurs le jour du départ

Dates de séjour : du ..... Au .....

### RENSEIGNEMENTS SUR LE JEUNE

NOM : ..... Prénoms : .....

Date et lieu de naissance : ..... Sexe : M - F (1)

Adresse : .....

Etudes en cours ou profession : .....

### RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

Qui exerce l'autorité parentale ?

Père - Mère - Tuteur (1)

NOM, prénom du père : ..... Profession : .....

Adresse : .....

Téléphones domicile : ..... Mobile : ..... Travail : .....

NOM, prénom de la mère : ..... Profession : .....

Adresse : .....

Téléphones domicile : ..... Mobile : ..... Travail : .....

NOM, prénom du tuteur : ..... Profession : .....

Adresse : .....

Téléphones domicile : ..... Mobile : ..... Travail : .....

### Si le jeune est confié à une institution

Dénomination : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Personne à contacter : .....