



VACANCES POUR TOUS

Du/..... au/.....

Individuel C.E Maison d'enfants/DVS

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

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

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

.....

N° de SECURITE SOCIALE :

N° d'allocataire CAF / MSA (1) :

Quotient familiale (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 la carte vitale.

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



LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT DE LA LOIRE

Vacances Pour Tous

6 rue Buisson – CS 50514

42007 SAINT-ETIENNE Cedex 1

Tel : 04 77 49 54 85 Fax : 04 77 49.54.80

Email : vacances@laligue42.org



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A renvoyer obligatoirement avec le dossier d'inscription

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

GARÇON FILLE

NOM :

Prénom :

Né(e) le / /

Nationalité :

Taille : Poids :

Adresse :



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Qui exerce l'autorité parentale ?

Père – Mère- Tuteur *

Père : Nom / Prénom :

Adresse :

Tel maison : Tel travail :

Portable : Email :

Mère : Nom / Prénom :

Adresse :

Tel maison : Tel travail :

Portable : Email :

Tuteur ou Institution :

Dénomination :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Personne à contacter : Portable :



PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

(en cas d'absence des parents, uniquement)

1. Nom lien de parenté

Téléphone fixe : Portable.

Adresse :

2. Nom lien de parenté

Téléphone fixe : Portable.

Adresse :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECHERCHER L'ENFANT

(en + des personnes précédemment nommées)

1. Nom lien de parenté

Téléphone

Adresse :

2. Nom lien de parenté

Téléphone

Adresse :

AUTORISATION PARENTALE (A remplir obligatoirement)

Je soussigné(e)

père / mère / tuteur de l'enfant :

- 1) autorise mon fils – ma fille (1) à pratiquer les activités organisées par le centre de vacances ;
- 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 »

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

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant. Veillez à la remplir avec soin. Merci.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Vaccins réalisés

(joindre la photocopie du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant)

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)

Autres :

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

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)
.....
.....

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 : OEil droit : OEil 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