

LE RESPONSABLE DE L'ENFANT (renseignements OBLIGATOIRES, merci de prendre le temps de renseigner cette partie) :

Nom..... Prénom.....

N° d'assuré.....

Nom et adresse de votre caisse de Sécurité Sociale

Nom et adresse de votre Mutuelle.....

Je soussigné(e), responsable de l'enfant :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Autorise mon enfant à participer à ce séjour colo.
- Déclare que mon enfant sait nager (écrire OUI ou NON) :
- Autorise la Direction du Centre de Vacances à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin consulté.
- M'engage à rembourser les sommes qui auraient été avancées pour des frais médicaux, d'hospitalisation ou d'opération éventuelle...
- **Autorise l'équipe d'animation à effectuer des photographies ou des prises de vidéo de mon enfant, durant son séjour.** Ces photographies ne seront utilisées qu'à des fins éducatives, notamment le blog de la colo accessible uniquement avec le code du séjour concerné.
oui non
- M'engage à venir le chercher moi-même en cas d'inadaptation dûment justifiée ou à prendre en charge les frais de retour de mon enfant et de l'accompagnateur.
- Déclare qu'à ce jour, mon enfant ne présente pas de contre indication à la pratique des activités proposées et à la vie en collectivité. Je déclare qu'il est apte à participer à ce séjour.
- Déclare que mon enfant est à jour dans ses vaccins (joindre les copies du carnet de santé).
- M'engage à être à l'heure pour récupérer mon enfant à son retour.
- Déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et les accepter.

Pour les 12 ans et plus seulement (Evasion Montagne Nature)

- Autorise mon enfant à sortir avec ses camarades entre 17 h 30 et 19 h. oui non

A le
Signature du Responsable légal



Association bénéficiaire
de l'agrément CGOL/FLEEP
3 rue Récamier 75341 Paris cedex 07
Agrément n° 075.95.0063
Garantie financière : UNAT Paris
Responsabilité Civile : APAC Paris



FICHE SANITAIRE COLO SAINT LARY

<input type="checkbox"/> Les P'tits Montagnards <input type="checkbox"/> Évasion Montagne Nature	Du.....Au.....	Été 2023
	<i>Cochez les bonnes cases SVP</i>	
DÉPART : <input type="checkbox"/> Plan d'eau de Saint-Yrieix <input type="checkbox"/> Barbezieux (Stade Santiago)		
RETOUR : <input type="checkbox"/> Barbezieux (Stade Santiago) <input type="checkbox"/> Plan d'eau de Saint-Yrieix		

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

Sexe : F ou M

Date de naissance :

Age pendant le séjour :



OBLIGATOIRE : Carte d'identité ou passeport + Autorisation de Sortie de Territoire pour le séjour Evasion Montagne Nature (Pour les 12 ans et +) !

& ATTESTATION DE PISCINE INDISPENSABLE POUR TOUS (tous séjours confondus) !

RESPONSABLE : Père Mère Assistant Familial

Nom, Prénom.....

Adresse.....

Tél. 1 :Tél. 2 :

Mail :

Autre personne pouvant être contactée en cas d'urgence pendant le séjour :

Nom, Prénom :

N° de tél :

Dossier à renvoyer avant le départ à :

FCOL - 14 Rue Marcel Paul - 16000 Angoulême

Ou par mail : vacances@fcol16.org

Environnement familial :

L'ENFANT vit avec

ses parents Autre :

Scolarité : Classe de.....
Etablissement

Connaît-il d'autres enfants du séjour ?
Lesquels :

Combien de fois a-t-il participé à ce même séjour ?
.....

Profession du Père :

Employeur :

Profession de la Mère :

Employeur :

Situation familiale pouvant aider l'équipe
d'animation (séparation, décès...) :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Mettre une croix	OUI	NON
RUBEOLE		
OREILLONS		
VARICELLE		

Mettre une croix	OUI	NON
ROUGEOLE		
OTITES		
ASTHME		

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant
ou joindre plus simplement les photocopies des pages « vaccinations » du carnet de santé !)

VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS	DATES
Diphtérie*		
Tétanos*		
Poliomyélite*		
ROR		
Hépatite B		
BCG		
Autres vaccins :		

Si le mineur n'a pas les **vaccins obligatoires*** joindre un certificat médical de contre-indication.

ALLERGIES

	OUI	NON
Alimentaires		
Médicamenteuses		
Autres (pollens, poussière, acariens, soleil, plantes etc...)		
Si oui, précisez :		

Attention : les difficultés non signalées pourraient amener l'équipe à interrompre le séjour de votre enfant si elles se révélaient trop importantes.

Autres recommandations utiles des parents et informations complémentaires :

NOM ET N° DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant);. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

L'enfant mouille-t-il son lit (énurésie) ? OUI NON Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON

Etes-vous bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (ex CMU)

OUI NON

**Si OUI, vous devez impérativement nous fournir l'attestation CSS
(ex CMU) de l'organisme dont vous dépendez.**

Sans celle-ci nous serions dans l'obligation de vous réclamer les sommes engagées.