

Responsable de la couverture sociale de l'enfant (renseignements obligatoires) :

Parents : Nom Prénom.....

N° de Sécurité Sociale.....

Adresse Sécu .....

Nom et adresse de votre mutuelle.....

Obligatoire : Fournir l'attestation de la CPAM ainsi que l'attestation de Mutuelle

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

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
  - Autorise le Directeur 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 payer la part des frais incombant à la famille qui auraient été avancés : 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 prendre en charge, en cas d'inadaptation dûment justifiée, les frais de retour de l'enfant et de l'accompagnateur ou à venir le chercher moi-même.
  - Déclare qu'à ce jour, mon enfant ne présente pas de contre indication à la pratique des activités de sport d'hiver proposées et à la vie en collectivité.
  - M'engage à être présent(e) à l'arrivée du bus et à l'heure le jour du retour pour récupérer mon enfant.
- port du casque obligatoire lors de la pratique du ski ou surf !**
- Pour les 12 ans et plus seulement :** autorise mon enfant à sortir avec ses camarades dans le village sans animateur entre 17 h 30 et 19 h. **Oui  Non**

A.....le.....

Signature




Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la FCOL dans le but de vous informer des séjours qu'elle organise. Vous pouvez demander à ce que vos coordonnées soient supprimées de notre fichier. Dans le cas contraire, elles seront conservées pendant 2 ans. Conformément à la loi « RGPD » vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la FCOL

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

## DOSSIER SANITAIRE COLO HIVER

**SNOW**

	<b>Saint-Lary (65)</b>		
	CENTRE		

**OBLIGATOIRE : Merci de cocher votre choix de lieu de départ et de retour :**

**DÉPART :**  NIORT  ANGOULÊME  BARBEZIEUX  RDV/Place à St Lary

**RETOUR :**  NIORT  ANGOULÊME  BARBEZIEUX  RDV/Place à St Lary

Nom de l'enfant .....

Prénom.....

Sexe : F ou M

Date de naissance : .....

Age pendant le séjour : .....

**Photo  
d'identité  
récente**

**RESPONSABLE DU MINEUR :** Père  Mère  OU Tuteur ou famille d'accueil

Nom, prénom : .....

Adresse .....

N° de tél. 1 : .....N° de tél 2 : .....

Mail : .....@.....

Autres personnes pouvant être contactées pendant le séjour :

M.....N° tél.....Lien : .....

**OPTION SNOW :** Renseignements sur le niveau :

Nombre de jours de pratique de **SNOW** : ..... Ou nombre de semaines : .....

\*\*\*\*\*  
**Dossier à renvoyer complet le plus tôt possible à la :**  
FCOL - 14 Rue Marcel Paul - 16000 ANGOULEME  
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 : .....

.....

.....

.....

Profession de la Mère : .....

.....

.....

.....

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

.....

**RENSEIGNEMENTS SANITAIRES**

**VACCINATIONS** (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant **joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé**)  
ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE - ROR

VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite	
ROR	
Hépatite B	
BCG	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI ? .....

.....

Noms et Dates	
AUTRES VACCINS...	

**Renseignements médicaux & autres 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		

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

Autres informations complémentaires que vous jugez utile de nous signaler :

(comportement, habitudes, régime alimentaire etc...) : .....

.....

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

**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.**