

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 mon enfant à participer à ce séjour colo.
- Déclare que mon enfant sait nager (écrire OUI ou NON) :
- 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 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 la fin du séjour.
- Déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et d'y souscrire.

A le.....

Signature

la ligue de
l'enseignement

fédération charentaise des œuvres laïques

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 SÉJOUR COLO ÉTÉ

Activité choisie : PISTE—COCKTAIL—SELLE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dates choisies	SAINT-YRIEIX
	Du.....Au.....	
Centre : Base de voile Éric Tabarly au bord du Plan d'Eau		

NOM DU JEUNE :

Prénom :

Sexe : F ou M

Date de naissance :

Age pendant le séjour :

Arrivée le dimanche soir après le dîner entre 20H et 21H

(Accueil sur inscription sans supplément de prix !)

Cocher votre souhait : Oui Non

Pour le séjour de 12 jours, si vous mixez 2 activités, indiquez S1 et S2 dans les cases ci-dessus ...

Photo d'identité récente

RESPONSABLE : Père Mère *Assistant Familial*

Nom, Prénom.....

Adresse.....

Tél Portable Mère :Tél. Portable Père :

Mail :

N° de tél. *Assistant Familial* :

Dossier à renvoyer à :

FCOL - 14 Rue Marcel Paul - 16000 Angoulême

Environnement familial :

L'ENFANT vit avec

ses parents ou 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 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		

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 :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre 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.

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.