

CAMP SPORTIF AUX « 4 SAISONS » à St Vallier- DU LUNDI 06 AOUT AU VENDREDI 10 AOUT 2018 (2006 à 2012)

| | |
|----------------------|--|
| Photo obligatoire | Nom de l'enfant :..... Prénom :..... Date et lieu de naissance :..... Classe :..... Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> |
|----------------------|--|

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : **VILLE** :

TELEPHONE Domicile et Portable :.....

Adresse Mail :.....

EN CAS D'URGENCE, ON PEUT JOINDRE LES PARENTS

| | LIEU DE TRAVAIL | TELEPHONE |
|----------------|-----------------|-----------|
| PERE | | |
| MERE | | |
| AUTRE PERSONNE | | |

NOM prénom du père ou du responsable de l'enfant :

.....

Nous autorisons la ou les personnes dont le nom suit à prendre notre enfant en notre absence** :

.....

.....

Sauf contre-ordre écrit de notre part

****Les personnes désignées doivent se munir d'une pièce d'identité**



Je vous demande de ne pas confier mon enfant à :

.....

Je soussigné(e), M....., père, mère, tuteur, autorise mon enfant à participer au séjour de la CAPG précisé ci-dessus.

J'autorise le responsable du séjour, ou son adjoint à prendre toute mesure qu'il jugerait utile suivant les prescriptions des médecins au cas où mon enfant nécessiterait des soins urgents.

Médecin de famille :.....**Téléphone** :.....

Autorisation de prendre l'enfant en photo : oui non

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIRE

- Photocopie notification de quotient familial pour les adhérents CAF ou photocopie de la fiche d'imposition 2017 sur les revenus 2016 pour les non adhérents CAF (prix mini 30 €/prix maxi : 140 €)
- Certificat médical pour la pratique « tous sports »
- Attestation d'assurance extra-scolaire
- Fiche sanitaire de liaison (au dos)
- Test anti-panique
- Règlement par chèque à l'ordre du Trésor Public ou espèces

Fait à:.....le.....

Signature :

Fiche sanitaire de liaison à remplir⇒

CAMP SPORTIF AUX « 4 SAISONS » à St Vallier- DU LUNDI 06 AOUT AU VENDREDI 10 AOUT 2018 (2006 à 2012)

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| Vaccins obligatoires | oui | non | Date derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates |
|----------------------|-----|-----|-----------------------|---------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | ROR | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT Polio | | | | BCG | |
| Ou Tétracoq | | | | Autres (préciser) | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

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

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| Rubéole | Varicelle | Angine | Scarlatine | Rhumatisme articulaire aigu |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Coqueluche | Otite | Rougeole | Oreillons | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

Allergies :
 Asthme Oui Non
 Alimentaire Oui Non
 Médicamenteuses Oui Non
 Autres

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler). Si PAI merci de joindre le protocole.

.....

.....
INDIQUEZ CI-APRES : Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS : votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, si c'est une fille, est-elle réglée ? etc... Précisez.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Drcertifie avoir examiné

l'enfant (nom, prénom),.....

Né(e) ledemeurant àet le déclare

Apte à la vie en collectivité.

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de tous sports en dehors des sports classés à risques.

Présente des vaccinations à jour.

Nombre de cases cochées.....

Le présent certificat, valablemois, a été remis en main propre à l'intéressé qui a été informé des risques médicaux encourus notamment en cas de fausse déclaration

Cachet

Fait le

A.....

Signature