

DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE

Pour être admis en Centre de vacances, cette déclaration devra **OBLIGATOIREMENT être REMPLIE et SIGNÉE par le responsable légal de l'enfant.**

Je soussigné(e) :

Père Mère Tuteur

AUTORISE le Directeur du Centre de Vacances :

- A faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- Je m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération, non remboursés par la Sécurité Sociale.
- J'autorise en outre mon enfant, à participer à toutes les activités du Centre de Vacances.

En cas de DIVORCE : J'autorise Je n'autorise pas

A accorder une rencontre de l'enfant avec : Son Père Sa Mère

Sur l'aire de la colonie même en dehors de la colonie

Nota : Dans le cas où il n'y aurait pas d'autorisation, joindre au dossier une photocopie du jugement.

> Visite au Centre de Vacances :

> Prise en charge :

- L'enfant, ne pourra être confié par le Directeur du Centre aux parents ou à toute autre personne, que sur demande écrite et signée du responsable légal qui déchargera le Directeur de toute responsabilité (*joindre à la demande une photocopie de la carte d'identité*)
- **CULTE :** Nos Centres de Vacances sont laïques ; en conséquence, il ne peut y avoir aucune manifestation religieuse à l'intérieur du Centre.

Lu et approuvé A le

SIGNATURE

TOUT DOSSIER INCOMPLET OU INCORRECTEMENT REMPLI SERA REFUSE

EXTERIEUR



PHOTO
OBLIGATOIRE

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

(à remplir par le chef de famille)

NOM et Prénom de l'enfant

Date et lieu de naissance :

Age :

Sexe :

.....
Responsable(s) de l'enfant : Père Mère Tuteur

Nom / Prénom :

Adresse habituelle :

.....

Nom du Parrain: Matricule:

Portable père : Tel Parrain :

Portable mère: Tel Pro :

Email :

Autre personne à contacter en cas d'urgence :

Tel :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS :

(Se référer au Carnet de Santé)

VACCINS OBLIGATOIRES

	<u>DATE</u>
Diphtérie
Tétanos
Poliomyélite
OU DT Polio
OU Tétracoq

VACCINS RECOMMANDÉS

	<u>DATE</u>
Coqueluce
Hépatite B
Rubéole – Oreillon – Rougeole
BCG
Autres (préciser)

Le mineur a-t'il déjà eu les maladies suivantes ?

(Cochez les maladies que l'enfant a eu)

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

ALLERGIES :

- Asthme
- Alimentaires
- Médicamenteuses
- Autres (animaux, plantes, pollen,...)

Précisez l'origine de l'allergie ainsi que la conduite à tenir:

.....

L'enfant suit-il un traitement médical ? (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine au nom de l'enfant)

.....

Recommandations particulières, (*port de lunettes/lentilles – appareil dentaire ou auditif-comportement de l'enfant.....*):

.....

L'enfant suit-il un régime alimentaire ? (Si oui, précisez lequel)

.....

N° Assuré Social (dont dépend l'enfant) :

_ | _ | _ | _ | _ | _ | _ / _

Profession du Père : **Employeur :**

Profession de la Mère : **Employeur :**

L'enfant vient-il pour la première fois en Centre de Vacances : OUI NON

Centres fréquentés les 2 dernières années :

.....
.....

Je soussigné(e),

Responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

Date :

Signature

VACANCES LOISIRS JEUNES

Nom de l'enfant : Prénom :

Renseignements : du Père de la Mère du Tuteur

Nom/Prénom :

Nom du Parrain : Matricule :

Tél Portable père : Tél Portable mère :

Tél. Parrain : Tél Domicile :

SEJOURS ETE

JUILLET

DESTINATION :

Option (si nécessaire) :

ARGENT DE POCHE (Uniquement pour les colos AH) :€

Voulez-vous commander des **NOMS TISSES** OUI NON

OBSERVATIONS :

Déposé-le :

AOUT

DESTINATION :

Option (si nécessaire) :

ARGENT DE POCHE (Uniquement pour les colos AH) :€

Voulez-vous commander des **NOMS TISSES** OUI NON

OBSERVATIONS :

Déposé-le :

NOTA : Tout **SEJOUR non réglé 15 jours avant le départ de la colonie** entraînera automatiquement **une retenue sur salaire.**

SEJOURS HIVER/PRINTEMPS

HIVER

DESTINATION :

Option (si nécessaire) :

		SKI <input type="checkbox"/>			OU	SURF <input type="checkbox"/>
		<u>Niveau de SKI</u>			<u>Niveau de SURF</u>	
<input type="checkbox"/> Débutant	<input type="checkbox"/> Etoile Bronze	<input type="checkbox"/> Débutant	<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} Surf			
<input type="checkbox"/> Flocon	<input type="checkbox"/> Etoile d'Or	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} Surf	<input type="checkbox"/> Surf Expert			
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} Etoile	<input type="checkbox"/> Flèche	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Surf				
<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Etoile	<input type="checkbox"/> Chamois					
<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} Etoile						

INDIQUER : Stature en cm : Pointure (ville) : Poids :

ARGENT DE POCHE (Uniquement pour les colos AH) :€

OBSERVATIONS :

Déposé-le :

PRINTEMPS

DESTINATION :

Option (si nécessaire) :

		SKI <input type="checkbox"/>			OU	SURF <input type="checkbox"/>
		<u>Niveau de SKI</u>			<u>Niveau de SURF</u>	
<input type="checkbox"/> Débutant	<input type="checkbox"/> Etoile Bronze	<input type="checkbox"/> Débutant	<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} Surf			
<input type="checkbox"/> Flocon	<input type="checkbox"/> Etoile d'Or	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} Surf	<input type="checkbox"/> Surf Expert			
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} Etoile	<input type="checkbox"/> Flèche	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Surf				
<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} Etoile	<input type="checkbox"/> Chamois					
<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} Etoile						

INDIQUER : Stature en cm : Pointure (ville) : Poids :

ARGENT DE POCHE (Uniquement pour les colos AH) :€

OBSERVATIONS :

Déposé-le :