

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS NOM ET PRENOM DE L'ENFANT

PHOTO
OBLIGATOIRE

Date et lieu de naissance : _____

Age : Sexe:

Responsable de l'enfant : Père Mère Tuteur

Nom / Prénom du responsable : _____

Adresse domiciliaire : _____

Nom Salarié AH : _____ Matricule : _____

Portable père : _____ Tel domicile : _____

Portable mère : _____ Tel Pro : _____

Email personnel : _____

Autre personne à contacter en cas d'urgence : _____

Tel : _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS (Se référer au Carnet de Santé) :

VACCINS OBLIGATOIRES (indiquer la date) : DTP : _____

VACCINS RECOMMANDES (indiquer la date): Coqueluche : _____ Hépatite B : _____ BCG : _____

Rubéole - Oreillons - Rougeole : _____ Autres (préciser) : _____

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

(Cochez les maladies que l'enfant a eu)

Rubéole Varicelle Coqueluche Oreillons Rougeole

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) : _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

N° De Passeport : _____

L'enfant vient-il pour la première fois en centre de vacances : OUI NON

Date : _____ **SIGNATURE**

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Pour être admis en Centre de vacances, cette déclaration devra OBLIGATOIREMENT être REPLIE et SIGNEE par le responsable légal de l'enfant

Je soussignée (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 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 où à toute autre personne, que sur demande écrite et signée du responsables légal qui déchargera le Directeur de toute responsabilité (joindre à la demande une photocopie de la carte d'identité)
- **CULTE** : Nos centre de Vacances sont laïques ; en conséquences, 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**

INFORMATIONS OBLIGATOIRES

VACANCES LOISIRS JEUNES

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Renseignements : du Père de la Mère du Tuteur

Nom/Prénom : _____

Nom Salarié AH : _____ Matricule : _____

Tél portable père : _____ Tél Portable mère : _____

Tél Usine : _____ Tél domicile : _____

SEJOUR HIVER

VACANCES DE NOEL OU DE FEVRIER

DESTINATION : _____

DATE SEJOUR : _____

SKI OU SURF

NIVEAU DE SKI

Débutant
Flocon
1ère Etoile
2ème Etoile
3ème Etoile

Etoile Bronze
Etoile d'Or
Flèche
Chamois

NIVEAU DE SURF

Débutant
1er Surf
2ème Surf
3ème Surf
Surf Expert

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

ARGENT DE POCHE : Pour les colonies AH

Quel montant d'argent de poche souhaitez vous allouer à votre enfant : _____ €
Il sera remis par le CE et géré par le directeur durant le séjour.

OBSERVATIONS :

RETENUE SUR SALAIRE : OUI NON

SIGNATURE :

Nombre d'échéance ____ (Max 6)

Déposé-le : _____

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

INFORMATIONS OBLIGATOIRES

VACANCES LOISIRS JEUNES

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Renseignements : du Père de la Mère du Tuteur

Nom/Prénom : _____

Nom Salarié AH : _____ Matricule : _____

Tél portable père : _____ Tél Portable mère : _____

Tél Usine : _____ Tél domicile : _____

SEJOUR PRINTEMPS

VACANCES DE PAQUES

DESTINATION : _____

DATE SEJOUR : _____

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

ARGENT DE POCHE : Pour les colonies AH

Quel montant d'argent de poche souhaitez vous allouer à votre enfant : _____ €
Il sera remis par le CE et géré par le directeur durant le séjour.

OBSERVATIONS : _____

RETENUE SUR SALAIRE : OUI NON ***SIGNATURE*** : _____
Nombre d'échéance ____ (Max 6)

Déposé-le : _____

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



COMITÉ
D'ÉTABLISSEMENT

AIRBUS
HELICOPTERS

M
A
R
I
G
N
A
N
E