

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

PHOTO
OBLIGATOIRE

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT

Date et lieu de naissance : _____ Age : Sexe:

Responsable de l'enfant : Père Mère Tuteur

Nom / Prénom : _____

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	DATE	VACCINS RECOMMANDES	DATE
Diphtérie	_____	Coqueluche	_____
Tétanos	_____	Hépatite B	_____
Poliomyélite	_____	Rubéole - Oreillon - Rougeole	_____
OU DT Polio	_____	BCG	_____
OU Tétracop	_____	Autres (Préciser)	_____

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

(Cochez les maladies que l'enfant a eu)

Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Oreillons Orite

Rougeole Scarlatine 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) : _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

N° De Passeport : _ / _ / ____

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

Date : _____ **SIGNATURE**

DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE

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 : _____

SEJOURS ÉTÉ

DEPART JUILLET

DESTINATION : _____
Date séjour : _____

ARGENT DE POCHE : Pour les colonies AH

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

Voulez-vous commander des NOMS TISSES : OUI NON

OBSERVATIONS : _____

RETENUE SUR SALAIRE : OUI NON

Nombre d'échéance ____ (Max 6) **SIGNATURE :**

Déposé-le : _____

DEPART AOUT

DESTINATION : _____
Date séjour : _____

ARGENT DE POCHE : Pour les colonies AH

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

Voulez-vous commander des NOMS TISSES : OUI NON

OBSERVATIONS : _____

RETENUE SUR SALAIRE : OUI NON

Nombre d'échéance ____ (Max 6) **SIGNATURE :**

Déposé-le : _____

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

SEJOUR HIVER

VACANCES DE NOEL OU DE FEVRIER

DESTINATION : _____

DATE SEJOUR : _____

SKI OU SURF

NIVEAU DE SKI

Débutant Etoile Bronze
Flocon Etoile d'Or
1ère Etoile Flèche
2ème Etoile Chamois
3ème Etoile

NIVEAU DE SURF

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

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

ARGENT DE POCHE : Pour les colonies AH

Quel montant d'argent de poche souhaitez vous alloué à votre enfant : _____ €

Il sera remis par le CE et gérer par le directeur durant le séjour.

OBSERVATIONS : _____

RETENUE SUR SALAIRE : OUI NON **SIGNATURE :**

Nombre d'échéance ____ (Max 6)

Déposé-le : _____

SEJOUR PRINTEMPS

VACANCES DE PAQUES

DESTINATION : _____

DATE SEJOUR : _____

SKI OU SURF

NIVEAU DE SKI

Débutant Etoile Bronze
Flocon Etoile d'Or
1ère Etoile Flèche
2ème Etoile Chamois
3ème Etoile

NIVEAU DE SURF

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

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

ARGENT DE POCHE : Pour les colonies AH

Quel montant d'argent de poche souhaitez vous alloué à votre enfant : _____ €

Il sera remis par le CE et gérer 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