

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Je soussigné

PERE MERE TUTEUR

AUTORISE LA DIRECTION

A faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les soins d'urgence suivant les prescriptions du médecin et je m'engage à payer les frais médicaux et pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuelle :

OUI NON

J'AUTORISE MON ENFANT A PARTICIPER A TOUTES LES ACTIVITES DU SEJOUR ET CERTIFIE QU'IL NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION MEDICALE A LA PRATIQUE DE CES ACTIVITES :

OUI NON

JE CERTIFIE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CE DOCUMENT ET AUTORISE LE CENTRE A PRENDRE ET A FAIRE PRENDRE SANS CONTRE-PARTIE DES PHOTOS DE MON ENFANT ET LES UTILISER SUR TOUT SUPPORT DE COMMUNICATION.

Signature obligatoire

Pièces à fournir :

- photocopie des vaccinations
- Certificat médical indiquant l'aptitude de l'enfant aux activités sportives et à la vie en collectivité
- Justificatif de domicile
- Copie attestation d'assuré social
- Attestation de responsabilité civile
- Avis de (non) imposition 2018+ derniers bulletins de salaire



Photo

Vacances Eté 2019

Fiche individuelle de renseignements

NOM Prénom

Date de naissance

Adresse

mail:

Responsable de l'enfant

NOM Prénom

Profession

Adresse

TELEPHONE EN CAS D'URGENCE

	Du 08 au 12 juillet		Du 15 au 19 juillet
	Du 22 au 26 juillet		Du 29 juillet au 2 août
			Séjour Oléron Du 27 juillet au 2 août 200€
	Du 5 au 9 août		Du 12 au 16 août
	Du 19 au 23 août		Les animateurs sont en vacances!!!

Fiche sanitaire de liaison

NOM Prénom

Date de naissance

Sexe

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

A-t-il eu :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON	OUI - NON
ALLERGIES ALIMENTAIRES	ALLERGIES MEDICAMENTEUSES	AUTRES		
OUI - NON	OUI - NON			

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....(automédication à signaler)

Actuellement l'enfant suit-il un traitement? OUI NON
(si oui, joindre une ordonnance récente + médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance).

NOM DU MEDECIN HABITUEL, ADRESSE et TELEPHONE

Autorisations

Votre enfant est-il autorisé à partir tout seul chez lui ?

OUI

NON

AUTRES PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT AU CENTRE :

.NOM Prénom.....

N° de téléphone

NOM Prénom.....

N° de téléphone

NOM Prénom.....

N° de téléphone

COORDONNES DE L'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
DU RESPONSABLE LEGAL

Ressources annuelles	Tarif à la journée 1 enfant	Tarif à la journée 2 enfants	Tarif à la journée 3 enfants	Participation supp.
- de 5 160 €	8.00 €	7.70 €	7.50 €	7 €
De 5161 € à 9240 €	9.00 €	8.70 €	8.50 €	
De 9241 € à 10 980 €	9.50 €	9.20 €	9.00 €	
De 10981 € à 12840€	10.00 €	9.70 €	9.50 €	
De 12841€ à 14640 €	10.50 €	10.20 €	10.00 €	
De 14641€ à 16500€	11.00 €	10.70 €	10.50 €	
De 16501€ à 20160€	11.50 €	11.20 €	11.00 €	
+ de 20160 €	12.00 €	11.70 €	11.50 €	
Enfant hors commune	40€			



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10009*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS

**ATTESTATION D'APTITUDE A LA PRATIQUE D'ACTIVITES AQUATIQUES
ET NAUTIQUES DANS LES CENTRES DE VACANCES**

La pratique du Canoë kayak et activités assimilées, du canyonisme, de la nage en eau vive, du radeau et activités de navigation assimilées, du surf, ou de la voile est subordonnée à la fourniture de cette attestation de réussite au test préalable. (En Application de l'Article 3 de l'arrêté du 25 avril 2012).

Cette attestation peut être remplacée par une attestation de réussite au test commun aux fédérations ayant la natation en partage répondant au moins aux exigences définies pour ce test. *

TEST réalisé à :le.....

J'atteste de l'aptitude du mineur, NOM : Prénom :

A effectuer un saut dans l'eau,

A réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes,

A réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes,

A nager sur le ventre pendant vingt mètres,

A franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant,

Observation(1) : sans brassière ☐ avec brassière ☐

Signataire : Nom : Prénom : qualité (2) :

Coordonnées (N° de carte professionnelle)

Signature

* sauv'nage utilitaire

(1) Indiquer éventuellement la nécessité de l'utilisation d'une brassière de sécurité (autorisée uniquement pour le canoë-kayak).

(2) Sont habilités à signer : Les titulaires du titre de maître nageur sauveteur (M.N.S., B.E.E.S.A.N) ou du Brevet national de sécurité aquatique (B.N.S.S.A.) ou du Brevet d'état d'éducateur sportif (B.E.E.S.) dans l'activité considérée.

