



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

SANITAIRE ET ADMINISTRATIVE – A RENSEIGNER ET A REMETTRE A L'ECOLE

Centre PEP « Chantemerle » Seyne-les-Alpes

Séjour VASCO lundi au samedi 2019

PHOTO RECENTE

Nom : Prénom :

A remplir obligatoirement par le(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant

1- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Je soussigné(e), Mme, Mr : père*, mère*, tuteur*
certifie que mon enfant, NOM. PRENOM
né(e) le à Sexe M / F - Ecole : Classe :
est à jour de toutes ses vaccinations obligatoires et est, à ce jour, apte à la vie en collectivité.

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MEDICAL ou UNE COPIE DU CARNET DE SANTE (PAGES VACCINATIONS)

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite), JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTITETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Maladies déjà contractées (faites une croix dans la ou les cases correspondantes)

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

L'enfant suit il actuellement un traitement ? OUI NON

Si oui lequel ?

Joindre dans la valise de votre enfant l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîte de médicaments, dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice).

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

Votre enfant est-il concerné par des allergies : (faites une croix dans la ou les cases correspondantes)

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ASTHME | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTEUSES |
| <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRES | <input type="checkbox"/> AUTRES |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation.....) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

(votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, part-il pour la première fois, etc.)

.....
.....

2- AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX (à remplir par la personne exerçant l'autorité parentale)

Je soussigné(e) Père*, Mère*, tuteur
Adresse :
Code postal : Ville :
Tel fixe : Tel portable : Tel bureau :
Adresse mail :
Adresse si différente durant le séjour :

N° de Sécurité sociale : Bénéficiaire de la CMU : **OUI NON (joindre l'attestation)**
Adresse de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie :
Caisse d'allocations Familiales de : N° d'allocataire : Bons CAF : **OUI NON**.
Mutuelle : **(joindre une copie de votre carte)** Adresse :

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.

3- AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE DU MINEUR A L'ISSUE DU SEJOUR

Je soussigné(e) M.* , Mme* Père*, Mère*, tuteur*, investi de l'autorité parentale* ou de la garde de l'enfant mineur
AUTORISE son père*, mère*, tuteur* à le prendre en charge à la fin du séjour.
AUTORISE M.* , Mme* à le prendre en charge à la fin du séjour.
*rayer les mentions inutiles Coordonnées téléphoniques :

4- AUTORISATION DE PRENDRE VOTRE ENFANT EN PHOTOS OU VIDEO

L'association des PEP ADS peut être amenée à prendre des photographies ou vidéos de vos enfants pendant les activités et/ou durant la vie quotidienne et à les utiliser sur tous les supports de communication sans limites ni de temps ni de lieu. Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photographie ou en vidéo au cours de son séjour, nous vous remercions de faire une lettre indiquant votre refus. Cette lettre devra être adressée au responsable du séjour avec cette fiche de liaison.

- Je m'engage à rembourser aux PEP ADS l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancés éventuellement pour mon compte.
 - Je certifie avoir pris connaissance du programme prévu lors du séjour et autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités du centre.
 - Je certifie avoir pris connaissance des modalités d'inscription.
 - J'accepte toute décision de renvoi de mon enfant (pour inadaptation, violence, détention ou consommation d'alcool ou de stupéfiants...) et m'engage à le récupérer durant toute la durée du séjour et sans délais. Je m'engage à prendre entièrement à ma charge les frais de ce retour et renonce à toute demande de remboursement du séjour.
- Je déclare exacts et sincères tous les renseignements portés au recto et au verso de la présente fiche de renseignements.**
- Fait à le
- Signature (obligatoire, précédée de la mention « lu et approuvé ») :**