

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 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 :

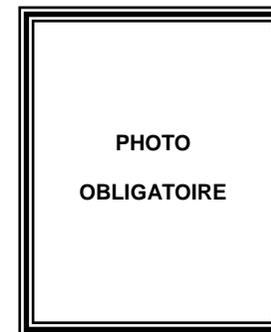
> Prise en charge :

- 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



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

ACM

(Accueil Collectif de Mineur)

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 Salarié AH: Matricule:

Portable père : Tel domicile :

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