

FEUILLET D'ETAT CIVIL

photo

Nom & prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Age : ans

Ecole :

Fille . . .

N° Cafat / RUAMM :

N° mutuelle :

Garçon . . .

N° aide médicale :

du

au

N° COJH ou CORH :

Contact mail :

La mère Nom & prénom :

Profession :

Tél. dom. :

Tél. GSM :

Tél. bur. :

Le Père Nom & prénom :

Profession :

Tél. dom. :

Tél. GSM :

Tél. bur. :

Le Tuteur Nom & prénom :

Profession :

Tél. dom. :

Tél. GSM :

Tél. bur. :

L'enfant sait-il nager ? **OUI** **NON** Test de natation ? **OUI** **NON**

L'enfant a-t-il ses vaccins à jour ? **OUI** **NON** Date du certificat médical :

Mouille-t-il son lit ? **O** **N** Porte-il des lunettes ? **O** **N** A-t-elle ses règles ? **O** **N**

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

Père, Mère, Tuteur, ¹ responsable légal de l'enfant

(rayer les mentions inutiles)

- 1 - Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- 2 - Autorise mon enfant à participer à toutes activités sportives, sorties, baignades (sauf contre-indications médicales), organisées durant le séjour de vacances (selon planning des stages).
- 3 - Autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin et autorise le médecin à prendre, la cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris l'anesthésie générale.
- 4 - M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle.
- 5 - A pris connaissance et accepte le règlement intérieur de PASPORT.

DROIT A L'IMAGE Nous autorisons - Nous n'autorisons pas

que durant les stages, notre enfant soit filmé, photographié ou interviewé par les médias (presse, radio, télévision ...) ou les encadrants de PASPORT. pour toute publication ou promotion des activités sportives ou socioculturelles.

Signature des parents précédée
de la mention "lu et approuvé"

DEPART DE L'ENFANT

- avec les parents
- avec un tiers n° tél.....
- avec un transporteur n° tél.....

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Votre enfant a-t-il eu une des maladies suivantes :

Angines ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Otitites ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Asthmes ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rougeole ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Diabète ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rubéole ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Epilepsie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Oreillons ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Varicelle ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

L'enfant fait-il des allergies (alimentaires ou autres) et conduite à tenir ? OUI NON

Si OUI lesquelles ?

L'enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ? OUI NON

Si OUI lesquelles ?

L'enfant porte-il des lunettes de vues ? OUI NON

Régime sans porc ? OUI NON

Nom du médecin traitant de l'enfant : Tél /GSM :

Autre renseignements médicaux utiles :

Si OUI lesquelles ?

L'enfant est-il sous prescription médicale ? OUI NON

Si OUI : joindre OBLIGATOIREMENT l'ordonnance du médecin.

Signature des parents

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

CENTRE DE LOISIRS