



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Séjour : .....  
.....

Dates : du ..... au .....2024

NOM :.....	Classe fréquentée en 2023/2024 : .....
Prénom :.....	Genre : .....
Age :.....	Date de naissance : .....

### Coordonnées du responsable de l'enfant

NOM .....

Prénom .....

Adresse.....  
.....

Téléphone :

Courriel :.....@.....

.....

Affiliation :  CAF  MSA

### Autres(s) personne(s) à joindre en cas de besoin, si indisponibilité du responsable de l'enfant :

NOM .....Prénom .....

Lien avec l'enfant : .....

Téléphone personnel :.....	Nom de l'employeur :.....
Téléphone portable :.....	Tél professionnel :.....

### AUTORISATIONS

Je soussigné(e), ....., responsable de l'enfant .....  
inscrit au séjour .....

autorise ce dernier à pratiquer toutes activités : nautiques, sportives... et à utiliser les transports nécessaires.

Signature :

**SANTE/ASSURANCES**

N° de Sécurité Sociale : .....

Adresse du centre payeur : .....

.....

Adresse de la Mutuelle : .....

.....

L'association organisatrice souscrit une assurance couvrant sa propre responsabilité civile.

Je soussigné(e), .....,

responsable de l'enfant .....,

certifie avoir souscrit une assurance responsabilité civile et individuelle accident, couvrant l'enfant pendant le séjour.

Signature :

**DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné(e), .....,

responsable de l'enfant .....

autorise le CPIE Forêt de Brocéliande à photographier/filmer mon enfant et à utiliser ces images pour la promotion de ses activités (brochures, réseaux sociaux,...)

Signature :

**DEPART**

Personne qui viendra chercher l'enfant : .....

lien avec l'enfant .....

Heure d'arrivée .....

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## Séjours de vacances 2024

### 1) Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon

Fille

### 2) Vaccinations (joindre une photocopie du carnet de santé de l'enfant)

	OUI	NON	Dates de derniers rappels (joindre une photocopie du carnet de santé de l'enfant)
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ou Trétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### 3) Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice) **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

L'enfant est-il allergique? (asthmes, médicaments, alimentation, autres)

Merci de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Pour les allergies alimentaires, le CPIE Forêt de Brocéliande ne pourra prendre en considération que les régimes justifiés par un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) en précisant les dates et les précautions à prendre :

#### 4) Responsable de l'enfant

Nom :

Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

TEL : Fixe :

Portable :

Bureau :

Nom et Tel du Médecin traitant :

Je soussigné  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

En cas de fièvre ou douleur légères, autorisez-vous l'assistant sanitaire à lui donner du  
paracétamol :  Oui  Non

**Si oui, joindre une ordonnance récente.**

Date :

Signature :

#### 5) Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles des prothèses auditives/dentaires ?  
Énurésie nocturne ? Précisez :

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?

Régime végétarien :  Oui  Non

Régime sans porc :  Oui  Non

Autre régime (précisez) :

#### 6) Notes complémentaires à l'attention de l'équipe encadrante

