

FICHE SANITAIRE
SEJOURS ETE 2025

PARTICIPANT

Nom : Prénom :

Date naissance :/...../..... Sexe : ☐ Masculin ☐ FémininNationalité : ☐ Française ☐ Autre (précisez) :

Commune où l'enfant est scolarisé :

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

NOM, Prénom du père/Tuteur.....

Adresse

CP : Ville :

Tel domicile : Tel portable :

Tel travail :

Mail OBLIGATOIRE : Profession :

NOM, Prénom de la mère/tutrice :

Adresse

CP : Ville :

Tel domicile : Tel portable :

Tel travail :

Mail OBLIGATOIRE : Profession :

ENVOI DE LA FACTURE (cochez 1 seule case) ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

CHAMPS A COMPLETER OBLIGATOIREMENT :

N° d'allocataire : Caisse : ☐ CAF ☐ MSA.....

Coefficient familial : Joindre le justificatif caf ou msa (même si supérieur à 780)

Bénéficiez-vous d'une aide aux vacances (bons caf, CE, mairie ...) ? ☐ Oui ☐ Non Si oui Joindre le justificatif pour l'année en cours

Document à nous retourner

Où téléphoner, en cas d'urgence ?

NOM, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable : Travail :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale dont dépend le responsable de l'enfant

.....

. N° d'assuré social :

Le responsable de l'enfant bénéficie t'il d'une mutuelle ou d'une assurance ? Oui – non (1) – si oui, adresse :

.....

. N° d'adhérent ou de police :

Couverture Maladie Universelle (CMU) : oui – non (1) – si oui, joindre obligatoirement photocopie de l'attestation à ce jour ainsi qu'une photocopie de l'attestation de carte vitale.

MALADIES DÉJÀ CONTRACTÉES

Rougeole : oui – non (1)

Varicelle : oui – non (1)

Oreillons : oui – non (1)

Rubéole : oui – non (1)

Scarlatine : oui – non (1)

Otite : oui – non (1)

A-t-il des problèmes d'asthme : oui – non (1)

A-t-il des problèmes de scoliose : oui – non (1)

A-t-il des problèmes d'incontinence : oui – non (1)

A-t-il des problèmes d'allergies : oui – non (1) – si oui, précisez à quoi :

.....

Vaccins (JOINDRE COPIE DE TOUTES LES PAGES DE VACCINS AVEC LES NOMS ET PRENOMS)

Existe-t-il des contres indications pour des activités : oui – non (1) – si oui, précisez :

.....

Votre enfant porte t-il des lunettes ? oui – non (1) – si oui, précisez à quels moments il peut s'en passer ou s'il doit les porter en permanence :

.....

Votre enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour :oui – non (1).

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance et les médicaments correspondants, avec leur notice et dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME ALIMENTAIRE DE VOTRE ENFANT

.....

.....

AUTORISATION PARENTALE

oui – non (1) (1) Rayer la (ou les) mention(s) inutile(s)

Document à nous retourner

Je soussigné père, mère, tuteur (1), atteste sur l'honneur avoir l'autorité nécessaire pour inscrire mon enfant dont le nom et le prénom figurent sur cette demande à participer à la réalisation indiquée.

1. J'autorise le Directeur du séjour à prendre toute mesure en cas d'accident ou de maladie, y compris l'hospitalisation, ou en cas d'urgence, les opérations chirurgicales jugées indispensables par le médecin.

2. Je m'engage à rembourser à la ligue de l'Enseignement du Gard le montant des frais médicaux contractés par le Directeur.

Signature des parents/tuteurs

AUTORISATION SORTIE

Je soussignéresponsable de l'enfant, autorise la direction du centre de loisirs à effectuer des sorties avec mon enfant : qu'il s'agisse de ballades ou d'activités (piscine, gymnase...), avec la possibilité de trajet en bus ou mini bus. **Signature des parents/tuteurs**

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIER

Je soussignéresponsable de l'enfant, autorise la direction du centre de loisirs à effectuer des photographies de mon enfant et à les utiliser dans le cadre d'expositions, du site internet ou autre projection sous condition qu'aucune de ces photographies puissent objectivement nuire à l'enfant.

Signature des parents/tuteurs

AUTORISATION DE VENIR CHERCHER L'ENFANT

Personnes habilitées à venir chercher mon enfant à l'arrivée du séjour.

NOM Prénom Téléphone

NOM Prénom Téléphone

NOM Prénom Téléphone

NOM Prénom Téléphone

Je soussignéresponsable de l'enfant, autorise les personnes citées ci-dessus à venir chercher mon enfant sur l'Accueil de Loisirs

Document à nous retourner

Signature des parents/tuteurs

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR (photocopies)

Fiche de renseignements remplie et signée	Carnet de santé (vaccins)	Assurance responsabilité civile	Attestation de sécurité sociale
Attestation CAF ou MSA et quotient familial	Livret de famille	Justificatif de domicile	Test d'aisance aquatique 25 m