

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

Lieu de séjour : CENTRE DE

Dates de séjour : du au

NOM DE L'ENFANT : Prénom :

Garçon Fille Né(e) le :/...../..... à

Ecole fréquentée : Classe

Sait-il nager ? : oui non Brevet de natation : 25 m 50 m

Autres sports pratiqués :

Part-il pour la 1^{ère} fois en centre de vacances ? : oui non

Existe-t-il des **contre-indications médicales** à la pratique de certaines activités ? : oui non

Si oui, lesquelles ?
(fournir un certificat médical)

Médicaments et soins journaliers : oui non Si oui, joindre l'ordonnance.

Taille : Poids : Pointure :

Suit-il un **régime** alimentaire ? : oui non

Si oui, lequel ?

Est-il allergique ? : oui non

Si oui, à quoi ?

LA FAMILLE

RESPONSABLE LEGAL ⁽¹⁾ : PERE, MERE, TUTEUR

NOM : Prénom :

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. du travail :

Adresse pendant le séjour (si différente)

Tel. (en cas d'urgence) :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Caisse Primaire d'Assurance Maladie (nom et adresse) :

N° d'immatriculation :
(joindre la photocopie de l'attestation accompagnant la carte vitale du responsable de l'enfant, ou la photocopie de l'attestation CMU – ces documents dispensent l'avance des frais en cas d'hospitalisation)

Caisse d'Allocations Familiales de :

N° allocataire :

MUTUELLE..... Adresse.....

N° mutuelle :

Assurance responsabilité civile :

Adresse :
(Joindre la photocopie)

Les parents ou le responsable de l'enfant bénéficient-ils de la **C.M.U** ?
(Joindre la photocopie de l'attestation de vos droits de sécurité sociale)

Recommandations particulières :

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e),,
Père, mère, tuteur, responsable du participant ⁽¹⁾, déclare :

- **avoir pris connaissance** des modalités d'inscription,
- **autoriser mon enfant** à participer à toutes les activités du centre,
- **autoriser le responsable** du séjour à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toute mesure d'urgence prescrite par le médecin,
- **m'engager à payer** la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, les frais d'hospitalisation et d'opération éventuels,
- **prendre en charge** les frais dus à un retour éventuel en cas de renvoi pour raison d'inadaptation et renoncer à toute demande de remboursement des frais de séjour.
- autorise n'autorise pas ⁽¹⁾ que mon enfant soit pris en photos pour les publicités (rayer la mention inutile)

A....., le.....
Signature

⁽¹⁾: Rayer les mentions inutiles

Fiche à retourner à :

ASSOCIATION DEPARTEMENTALE DES PUPILLES DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC
58 rue des écoles 92700 COLOMBES
☎ 01 47 84 55 10 – Fax 01 47 82 78 25