

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné ..... père, mère, tuteur (1) :

1. Autorise le Directeur du Centre de Loisirs 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 La ligue de l'Enseignement du Gard le montant des frais médicaux contractés par le Directeur.
3. Je m'engage, en cas de retour anticipé pour raison d'inadaptation ou de renvoi, à prendre en charge les suppléments dus au retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.

A ..... le .....

Signature :

(1) Rayer la (ou les) mention(s) inutile(s)

FÉDÉRATION GARD

la ligue de  
l'enseignement  
un avenir par l'éducation populaire



## FICHE SANITAIRE

### RENSEIGNEMENTS SUR LE JEUNE

NOM : ..... Prénoms : .....

Date et lieu de naissance : .....

Sexe :  Masculin  Féminin Poids : ..... Taille : .....

### RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

Qui exerce l'autorité parentale ?  Père  Mère  Tuteur(1)

**NOM, Prénom du père** .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

**NOM, Prénom de la mère** .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

**NOM, Prénom du tuteur** .....

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.

### MALADIE DEJA CONTRACTEES

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 réalisés (avec date de vaccination ou de rappel) : .....

Dernières interventions chirurgicales subies (avec date) : .....

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

Votre enfant est-elle réglée ? oui - non (1)

(1) Rayer la (ou les) mention(s) inutile(s)

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 SANTE DU JEUNE

Si vous le jugez utile, joignez à ce dossier une photocopie du carnet de santé de votre enfant.

## RENSEIGNEMENTS QUE VOUS SOUHAITEZ COMMUNIQUER SUR LA PERSONNALITE DE VOTRE ENFANT

## RENSEIGNEMENTS SUR LE REGIME ALIMENTAIRE DE VOTRE ENFANT

Où téléphoner, en cas d'urgence, pendant le séjour ?

NOM, Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....