



Fiche de renseignements

Séjour « Escapade Hivernale »

du 22 au 26 février 2021

organisé par la MJC du Verdunois

Responsables légaux

Mère Père Tutrice Tuteur Autre : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Mobile : _____

Tél Travail : _____

E-mail : _____

N° d'allocataire CAF (6 chiffres + 1 lettre) / MSA : _____

Mère Père Tutrice Tuteur Autre : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Mobile : _____

Tél Travail : _____

E-mail : _____

N° d'allocataire CAF (6 chiffres + 1 lettre) / MSA : _____

Je soussigné(e) _____

et

Je soussigné(e) _____

➤ Autorise mon enfant - Autorisons notre enfant

Prénom : _____ Nom : _____

Né(e) le _____ à _____ Sexe : F M

N° de sécurité Sociale couvrant l'enfant : _____

Pour le matériel de ski → Taille : _____ cm - Poids _____ kg - Pointure _____

A-t-il/elle déjà été en séjour de vacances OUI NON

Son niveau de ski : 1ère fois Débutant Intermédiaire Confirmé

Natation : Ne sait pas nager En cours d'apprentissage Sait nager

Est-il/elle fumeur.euse : OUI NON (si oui, voir le règlement intérieur)

A participer au séjour et à toutes ses activités OUI NON

➤ **Autorise - Autorisons la MJC du Verdunois** à utiliser l'image de mon - notre enfant dans le cadre des activités 2020/2021. (Article de presse, communication des activités, Facebook...) OUI NON

➤ Certifie – Certifions

- exactes les informations ci-dessus,
- accepter le règlement intérieur du séjour : à lire attentivement, en pièce jointe ou sur www.mjcduverdunois.fr)

A _____, le _____

Signature(s) : _____





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Haemophilus	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE- INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .kg ; Taille : .cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments

dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé**, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e) , responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé du mineur.

Date :

Signature :