

EN CAS D'ABSENCE DU RESPONSABLE PENDANT LE SEJOUR, PREVENIR :

NOM et Prénom :

Adresse :

CP : VILLE :

Lien de parenté (éventuel) :

Tél. Fixe : Tél. Portable :
.....

AUTORISATIONS PARENTALE ET DROIT A L'IMAGE :

Je soussigné(e)

Demeurant

Agissant en qualité de (entourer la mention correspondante) : **Père - Mère - Tuteur (trice)**

Autorise mon fils/ma fille (rayez la mention inutile) à pratiquer les activités prévues dans le centre de vacances, pour lequel il/elle est actuellement inscrit(e).

ET,

Autorise l'équipe d'animation du séjour et l'organisateur JAD à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique (blog de l'association, catalogue), à l'**usage exclusif du service**, pour la présentation et l'illustration des centres de vacances proposés aux enfants.

Fait à : Le : Signature du responsable légal :

AUTORISATIONS D'ANESTHESIER ET D'OPERER :

Je soussigné(e)

Demeurant

Agissant en qualité de (entourer la mention correspondante) : **Père - Mère - Tuteur (trice)**

Autorise en cas d'urgence, l'équipe d'encadrement à faire anesthésier et opérer mon fils/ma fille (rayez la mention inutile) si son état de santé le nécessite.

Fait à : Le : Signature du responsable légal :

IMPORTANT :

Votre enfant a-t-il une **allergie sévère**, un **handicap** et/ou des **problèmes de santé** à prendre en compte dès son inscription (Ex : P.A.I, ...) ? OUI / NON

Si oui, merci de préciser et de joindre les documents utiles :

.....
.....
.....
.....

SUIVI SANITAIRE DE L'ENFANT

+ L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL DURANT LE SEJOUR ? OUI / NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine et marqués au nom de l'enfant avec la notice). **AUCUN médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.**

N° de Sécurité Sociale :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bénéficiez-vous de la C.M.U ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON					
Si oui, joindre la photocopie de l'attestation en cours de validité.									

+ VACCINATIONS :

A compléter à partir du carnet de santé de votre enfant. Joindre la photocopie du carnet de santé.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATE
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétra Coq				BCG	

+ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant fait-il des allergies ?

Asthme : NON / OUI

Alimentaires NON / OUI, précisez :

Médicamenteuses : NON / OUI, précisez :

.....
.....

Autres :

.....
.....
.....

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI / NON / OCCASIONNELLEMENT

Votre enfant porte-t-il ? DES LUNETTES / UN APPAREIL DENTAIRE / UN APPAREIL AUDITIF

S'il s'agit d'une jeune fille, est-elle réglée ? OUI / NON

+ PARTICULARITES ALIMENTAIRES :

IMPORTANT : Veuillez nous spécifier tout régime ou restriction alimentaire (ex. : SANS VIANDE, SANS GLUTEN, SANS PORC, ...) concernant votre enfant. Le rythme et l'intensité de certaines activités nécessite une alimentation quotidienne et la participation aux repas de tous.

.....
.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT ET COORDONNEES :

.....
.....

+ L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE OUI / NON	VARICELLE OUI / NON	ANGINES OUI / NON	OREILLONS OUI / NON
SCARLATINE OUI / NON	OTITES OUI / NON	ROUGEOLE OUI / NON	COQUELUCHE OUI / NON

MIEUX LE/LA CONNAÎTRE POUR MIEUX L'ACCUEILLIR

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

.....
.....

Votre enfant sait-il nager ? OUI / NON

Est-ce son premier séjour ? OUI / NON Si non, a combien de colonies a t-il déjà participé ?

Pratique t-il une activité sportive ? NON / OUI, précisez :

- Pièces à fournir :**
- Dossier d'inscription et sanitaire (dûment rempli et signé)
 - Copie de l'attestation de Sécurité Sociale ou CMU
 - Copie du carnet de santé

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e), (NOM, Prénom)..... déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier.

J'ai pris note qu'en cas d'intervention du médecin, le responsable du séjour avancerait les frais médicaux que je m'engage à rembourser au prestataire Jad ou au comité auprès duquel j'effectue ladite inscription. Je recevrai en retour les feuilles de soin de la Sécurité Sociale.

J'autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport (car, minibus) nécessaires dans le cadre de sorties extérieures durant ce séjour.

Fait à, le

Signature du Responsable légal suivie de la mention « Lu et approuvé » :