

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

Régime alimentaire :

Sans porc

Sans viande

Autres (préciser) : _____

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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



Dossier d'inscription séjour SKI

Au Collet d'Alleverd

Du LUNDI 20 au SAMEDI 25 FEVRIER 2017

6-12 ANS

12-16 ANS

NOM de l'ENFANT: _____

PRENOM : _____

Né(e) le : / /

AGE : _____

RESPONSABLES LEGAUX

Nom, prénom _____

Adresse _____

Tél. domicile : _____

Tél. Portable : _____

Courriel @ : _____

Situation familiale : _____ Autorité parentale : oui non

PERSONNES AUTORISEES A VENIR PRENDRE VOTRE ENFANT EN FIN DE SEJOUR

Nom, prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ commune : _____

Tél. Domicile : _____ Tél. Portable : _____

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° allocataire CAF : _____ Quotient CAF : _____

N° de sécurité sociale : _____

Régime général

Régime particulier (SNCF,RATP, MSA) :

