

Mairie de Montsoul 21,rue de la Mairie 95560 Tél: 01.34.08.31.34 Séjour Hiver Du 28 février au 7 mars 202	Nom..... Prénom..... Numéro de l'enfant :
Taille :m Poids : Kg Pointure : Tour de tête : cm	Date de Naissance/...../..... Sexe : Age le jour du départ : ans

Régime Alimentaire Classique Sans Porc Sans Viande PAI	Niveau de ski de l'enfant : (niveau acquis)
---	---

Les personnes organisant l'accueil des mineurs mentionné à l'article L. 227-4 sont également tenues d'informer les responsables légaux des mineurs concernés de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquels ils participent.

<u>Contact représentant légal :</u>	
Père:	Mère:
Nom:	Nom:.....
Prénom:	Prénom:.....
Adresse:.....	Adresse:.....
Commune:.....	Commune:.....
Tel dom:	Tel dom:
Tel travail:	Tel travail:
Tel port:	Tel port:
Email:	Email:

ALLERGIE :	Oui	Non	
ALLERGIES :	ASTHME	oui non	MÉDICAMENTEUSES oui non
	ALIMENTAIRES	oui non	AUTRES.....
.....			
.....			

<u>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT</u>
L'enfant 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)
Cause du
Traitement:
.....
.....
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Fournir les photocopies des vaccinations notées sur le carnet de santé, sans omettre de mettre le nom de votre Enfant sur toutes les photocopies.

Maladies déjà contractées				
Rubeole	Varicelle	Angines	Scarlatine	Rhumatisme articulaire aiguë
Coqueluche	Otites	Rougeole	Asthme	Oreillons

Je soussigné(e),

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, autorise mon enfant à participer à toutes les activités du séjour, à être transporté dans les véhicules utilisés pendant le séjour, et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant et m'engage à payer les frais de séjour m'incombant, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle, non remboursée par la sécurité sociale. J'ai pris connaissance également que je dois souscrire une assurance individuelle accident avec assistance intégrée pour la pratique des sports et loisirs.

Date.....Signature

Caisses Primaires de Sécurité Sociale, Mutuelles et Assurances

Fournir les photocopies de la carte vitale, attestation de la carte vitale ainsi que de votre mutuelle et assurance responsabilité civile, sans omettre de mettre le nom de votre Enfant sur toutes les Photocopies!

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	oui	non	Dates des derniers rappels
Diphtérie			Hépatites B		
Tétanos			Rubéole Oreillons Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
Dtpolio/Tétracoq			Autres
BCG			Autres

Autorisation Prises de vues

Je soussigné(e),

Responsable légal de l'enfant, autorise le centre de loisirs de Montsoul à effectuer des prises de vues et de son de mon Fils / ma Fille dans le cadre des activités du centre de loisirs, des périscolaires et des séjours. J'autorise la diffusion de tout ou d'une partie des renseignements vidéos et sonores réalisés ainsi que des films, vidéogramme, photographie, ou produit multimédia qui en seraient issus.

Date.....Signature

Sécurité Sociale : Numéro

Caisse.....

Adresse complète

Avez-vous une mutuelle ? oui ☐ non ☐

Nom

Adresse complète.....

.....Tél N°

Adhérent.....

Assurance responsabilité civile

Nom de l'assureurAdresse.....

Téléphone de l'assureurN° du contrat

Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement Européen et du conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et de portabilité des données vous concernant.

