

 <p>Mairie de Montsout 21, rue de la Mairie 95560 Tél: 01.34.08.31.34 Séjour Ski Fiche Sanitaire 6-11 ans</p>	Nom.....Prénom..... Garçon Fille	
Réserver à l'équipe d'encadrement <input type="checkbox"/> Autorisation médicaments <input type="checkbox"/> Assurance responsabilité civile <input type="checkbox"/> Photocopie carte mutuelle <input type="checkbox"/> Certificat médical pour la pratique du ski /surf <input type="checkbox"/> Ordonnance Médecin Paracétamol et Spasfon <input type="checkbox"/> Photocopie carte national d'identité	Date de Naissance/...../..... Age le jour du départ: ans	
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.	Taille:m Poids: Kg Pointure: Tour de tête : cm	Niveau de Ski : (Attention niveau Acquis) Entourez le niveau de votre enfant: Débutant Ourson Flocon 1er étoile 2eme étoile 3eme étoile étoile de bronze étoile d'or

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

Autorisations des Parents

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
Je soussigné(e),Responsable légal de l'enfant, autorise le centre de loisirs de Montsout 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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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.

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

Maladies déjà contractées

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

ALLERGIE : Oui Non

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

.....
.....

Recommandations

Régimes et habitudes Alimentaires, Port de lentilles, lunettes, Appareil dentaire, Énurésie

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

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!

Sécurité Sociale : Numéro

Caisse.....

Adresse complète

.....

Avez-vous une mutuelle ? oui non Nom

.....

Adresse complète.....

..... Tél N°

Adhérent.....

Assurance responsabilité civile

Nom de l'assureur

Téléphone de l'assureur N° du contrat

..... Adresse.....