



Association sportive régie par la loi de 1901
BIG NATURE 4 Chemin de Brau
Zac Sainte Philomène 13890 Mouries
Mail : infobignature13@gmail.com
☎ Siègè : 06.63.59.69.10

Siret n° : 41497266100055
Code APE : 926 C
AGREMENT D.D.J.S N° : 1737 S/99

AUTORISATION PARENTALE

SEJOUR COLONNIE APPRENANTE ETE 2022

SEJOUR 1 - DU 17 JUILLET AU 22 JUILLET

SEJOUR 2 - DU 23 JUILLET AU 27 JUILLET

Centre de Vacances « LES PRES JAUNE » à St Leger Les Melezes (Haute Alpes)

NOM : PRENOM

Sexe : M F

AGE :

Votre Enfant sait-il nager : OUI NON

Votre enfant a-t-il un plan d'accueil Individualisé (PAI) ? : OUI NON

CHOIX POINT DE RENDEZ-VOUS (cocher une case)

Marseille : Parking Hôtel du département 08h30
48 Avenue Saint Just
13004 Marseille

Vitrolles : Station Total Energie 09H15
Voie d'Italie ZAC L'Anjoly 13127 Vitrolles

Nous pouvons rajouter un point de ramassage supplémentaire suivant le nombre d'enfant inscrit et le lieu de leur domicile (un message vous sera adressé dans ce cas précis)

AUTORISATION DES PARENTS

Je soussigné, Mr ou Mme (Responsable légal de l'enfant) autorise mon enfant à pratiquer les activités

Sportives citées sur le descriptif du séjour

J'autorise le Directeur du séjour à prendre toutes les mesures d'urgence nécessaire en cas d'accident ou pouvoir permettre la sortie de mon enfant de l'établissement médical après accord du médecin responsable du service.

Fait à

Le

Signature



Association sportive régie par la loi de 1901
BIG NATURE 4 Chemin de Brau
Zac Sainte Philomène 13890 Mouries
Mail : infobignature13@gmail.com
☎ Siègè : 06.63.59.69.10

Siret n° : 41497266100055
Code APE : 926 C
AGREMENT D.D.J.S N° : 1737 S/99

RESPONSABLE DU MINEUR

Responsable n° 1

Nom Prénom.....

Adresse.....

.....

Téléphone Portable

Téléphone Domicile.....

Téléphone Travail.....

Responsable n° 2

Nom Prénom.....

Adresse.....

.....

Téléphone Portable

Téléphone Domicile.....

Téléphone Travail.....

Nom et Téléphone du Médecin Traitant :



Association sportive régie par la loi de 1901
BIG NATURE 4 Chemin de Brau
Zac Sainte Philomène 13890 Mouries
Mail : infobignature13@gmail.com
☎ Siègè : 06.63.59.69.10

Siret n° : 41497266100055
Code APE : 926 C
AGREMENT D.D.J.S N° : 1737 S/99

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

<u>VACCINS OBLIGATOIRES</u>	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>DATES DES DERNIERS RAPPELS</u>	<u>VACCINS RECOMMANDES</u>	<u>DATES</u>
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra coq					
BCG					

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

ATTENTION : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 - 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).

IMPORTANT : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

ALLERGIES : Asthme OUI NON Médicamenteuses OUI NON
Alimentaires OUI NON Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

3 – INDIQUEZ CI-APRES : les difficultés (maladie, handicap, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Lentilles	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Difficultés de sommeil	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lunettes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Enurésie nocturne	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Prothèses auditives	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Période de règles	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Prothèses dentaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Appareil dentaire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Autre	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

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

Signature du Responsable légal

DATE :