

**Camp Collégien  
Du 10 au 24 juillet  
Caligny (61)  
fourchette solidaire entre  
325 et 375 €**



**Camp lycéen  
Du 10 au 24 juillet  
dans les côtes d'Armor (22)  
fourchette solidaire entre  
325 et 375 €**

MERCI D'ENTOURER LE CAMP

## Fiche de renseignements

TOUTES LES INFORMATIONS AINSI QUE  
LA FICHE LIAISON VACCIN SONT OBLIGATOIRES

### Votre enfant

Nom, Prénom :  
Date de naissance :  
Mail (pour recevoir les informations sur le camp) :

Adresse habituelle

N° de carte Vitale :

### Vous

Père / Mère / Tuteur

Nom, Prénom :  
Adresse habituelle :

Mail :

Téléphone (domicile) :  
Portable :

**En cas de divorce, remplir les 2  
parties est obligatoire:**

Nom, Prénom :  
Adresse habituelle :

Mail :

Portable :

Au delà des allergies et traitements à signaler dans la fiche sanitaire de liaison, votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier?

.....  
.....

Autres personnes, autre que le parent, autorisées par vous à prendre des décisions concernant votre enfant ou à le transporter (préciser) :

Nom, Prénom :  
Portable :

Qualité :  
Est autorisé à :

### Supplément d'information :

Y a-t-il d'autres éléments que vous souhaitez nous signaler par rapport à votre enfant ?  
(nous sommes disponible pour discuter d'habitudes, de pathologies, de retard dans le développement social, de besoin d'affection ... Dites le nous c'est important)

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

Comment avez-vous l'info du camp ? .....

**à renvoyer avec le  
règlement au  
MRJC Orne  
6 rue W. Challemeil  
61600 La Ferté**

**Ou par mail  
orne@mrjc.org**

**(MSA, CAF, Bons  
vacances ok)  
Payable  
en plusieurs fois**

# Autorisation parentale

Je soussignée ..... père / mère / tuteur de .....

- Autorise mon enfant à participer au camp ainsi qu'à pratiquer toutes les activités proposées au cours du séjour et à prendre les transports prévus dans le cadre du séjour (bus, mini-bus et voiture personnelle des animateurs).
- Autorise le MRJC à photographier mon enfant et à utiliser ces photographies à titre gracieux dans le respect du cadre légal. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction de ces photos devront respecter l'anonymat de mon enfant et ne devront pas porter atteinte à sa réputation;
- Autorise le responsable à prendre toutes les décisions destinées à faire donner les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, maladie contagieuse, affection grave;
- M'engage à rembourser à l'association les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels.

**En cas de divorce la signature des 2 parents est obligatoires, sinon une seule signature suffit**

Fait à .....

Le .....

Signature

Fait à .....

Le .....

Signature





**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.

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

**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**

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