Camp Collégien
SOLIFEST
Du 9 au 22 juillet
Mesnières en Bray (76)
fourchette solidaire entre 325 et 375 €

MERCI D'ENTOURER LE CAMP

Camp lycéen
RDV SOUS LES POIRIERS
Du 17 au 31 juillet
à La Carneille (61)
fourchette solidaire entre 325 et 375 €

Fiche de renseignements

TOUTES LES INFORMATIONS AINSI QUE
LA FICHE LIAISON VACCIN SONT OBLIGATOIRES

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

Ou par mail orne@mrjc.org

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

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 … Dîtes le nous c'est important)

……
……
……

Comment avez-vous l'info du camp ? ……

MRJC: Normandie - Orne
6, Rue Wilfried Challemel • 61600 La Ferté Macé
orne@mrjc.org • Tél : 07.56.01.66.06

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

MRJC: Normandie - Orne
6, Rue Wilfried Challemel • 61600 La Ferté Macé
orne@mrjc.org • Tél : 07.56.01.66.06

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - 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)***

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	

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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ecoprint 01 64 66 3000