

Camp Collégien  
PIZZ' à Ceaucé  
Du 19 au 23 avril 2023  
La Sébaudière, Céaucé (61)



Fourchette solidaire entre 125 et 175 €  
à renvoyer au MRJC Orne  
6 rue W. Challemel 61600 La Ferté  
(MSA, CAF, Bons vacances ok)

## 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 (si différente des parents ou si les parents vivent séparés):

### Vous Père / Mère / Tuteur

Nom, Prénom :  
Adresse habituelle :

Mail :

Téléphone (domicile) :  
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

Légalement responsables de l'enfant ou autorisées par vous à prendre des décisions concernant votre enfant ou à le transporter (préciser) :

Nom, Prénom :  
Adresse :

Qualité :  
Est autorisé à :

Portable :

### 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 !)

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

# 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.

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**

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