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



#### MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT		
NOM :		
PRÉNOM :		
DATE DE NAISSANG	JE:	
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 DEIA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	L LINIAINI A-I-IL	DLJA LO LLS MALADI	LS SOLVAINTES :	
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 : Asthm Alimen	E oui ☐ non NTAIRES oui ☐ non	_	MENTEUSES oui 🗖	_
	DE L'ALLERGIE ET LA C		i automédication le sig	naler)
				•••••

l'enfant.  Date :	Signature :
exacts les rensei	ignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
TÉL. FIXE (ET POR	TABLE), DOMICILE :
NOM	PRÉNOMNT LE SÉJOUR)
VOTRE ENFANT PO PRÉCISEZ.	NDATIONS UTILES DES PARENTS  DRTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC

.....