

Traitement médical

En cas de traitement médical durant le séjour, notez ici les renseignements nécessaires au directeur du séjour et joindre impérativement une ordonnance avec posologie précise. Les médicaments nécessaires au traitement devront être remis au moment du départ dans une enveloppe au nom de l'enfant.

Autorisation Parentale (à remplir obligatoirement)

Nous, soussignés
Père, mère, tuteur (1), responsable du jeune

1 – autorisons le directeur du centre à faire soigner notre fils – notre fille (1) et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

2 – nous nous engageons à payer la part des frais du séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels.

3 – en cas de renvoi pour raison d'inadaptation, nous engageons à prendre à notre charge les suppléments dus au retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.

4 – DROIT A L'IMAGE

Autorisons – n'autorisons pas (1) le centre à prendre, détenir et diffuser l'image de mon enfant en activité au cours de son séjour de vacances (photos, vidéo). Les images sont acquises définitivement au profit de Ribambelle quelle que soit la période d'utilisation de cette image pour la présentation et l'illustration des centres de vacances proposés aux enfants (brochures départementales et nationales).

A _____ le _____

Signatures :

(1) rayer la ou les mention inutiles

ribambelle

FICHE SANITAIRE

Séjour
Enfant

Nom du séjour : _____
Dates du _____ au _____

ENFANT

Nom _____ Prénom _____

Date et lieu de naissance _____

Adresse postale _____

Code postal _____ Ville _____

RESPONSABLE LEGAL

Nom du père _____ Prénom _____

Nom de la mère _____ Prénom _____

Nom du tuteur _____ Prénom _____

Adresse du responsable de l'enfant _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____

Mobile _____

Mail _____@_____

N° de sécurité sociale : _____

Caisse de : _____

N° allocataire (CAF/MSA) : _____

Bénéficiez-vous d'une mutuelle oui non

Laquelle ? (nom et adresse) _____

Code postal _____ Ville _____

Êtes-vous bénéficiaire de la C.M.U. oui non

ATTENTION JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA NOTIFICATION DE LA
SECURITE SOCIALE POUR LA C.M.U

Sans ce document, vous devrez payer les frais de santé

Si votre enfant est inscrit par un service social

Nom et adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____

Mail _____@_____

Pour les activités nautiques (kayak, rafting...), nécessité de savoir nager.

Quelle distance parcourt l'enfant à la nage ? _____

Taille : _____ Poids : _____

Maladies déjà contractées (joindre photocopies du carnet de santé => obligatoire pour être accueilli sur le séjour)

rubéole varicelle scarlatine

otite oreillons rougeole

coqueluche rhumatismes asthme

Autres maladies : _____

Vaccins (indiquer l'année)

Vaccin contre la variole _____ Revaccination _____

Vaccin contre diphtérie-tétanos _____ Rappel _____

Vaccin contre diphtérie-tétanos-typhoïde _____ Rappel _____

Vaccin contre la poliomyélite _____ Rappel _____

Vaccin par le B.C.G. _____ Sérum antitétanique _____

Autres sérums _____

Autres renseignements importants

qui permettent à l'équipe éducative un meilleur suivi de votre enfant

Votre fille est-elle réglée oui non

Votre enfant mouille-t-il son lit oui non
si oui, prévoir le nécessaire

Allergie : oui non

à quoi ? _____

Régime particulier oui non

végétarien sans porc autre : précisez _____

Est-il somnambule oui non

Autres problèmes : asthme épilepsie

Autres renseignements pouvant aider le Directeur (sommeil, propreté, nourriture, comportement...) : _____
