

## FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS NOM ET PRENOM DE L'ENFANT

PHOTO  
OBLIGATOIRE

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Age :  Sexe:

Responsable de l'enfant : Père  Mère  Tuteur

Nom / Prénom du responsable : \_\_\_\_\_

Adresse domiciliaire : \_\_\_\_\_

Nom Salarié AH : \_\_\_\_\_ Matricule : \_\_\_\_\_

Portable père : \_\_\_\_\_ Tel domicile : \_\_\_\_\_

Portable mère : \_\_\_\_\_ Tel Pro : \_\_\_\_\_

Email personnel : \_\_\_\_\_

Autre personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**VACCINATIONS** (Se référer au Carnet de Santé) :

**VACCINS OBLIGATOIRES (indiquer la date)** : DTP : \_\_\_\_\_

**VACCINS RECOMMANDES (indiquer la date)**: Coqueluche : \_\_\_\_\_ Hépatite B : \_\_\_\_\_ BCG : \_\_\_\_\_

Rubéole - Oreillons - Rougeole : \_\_\_\_\_ Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

Le mineur a-t'il déjà eu les maladies suivantes ?

(Cochez les maladies que l'enfant a eu)

Rubéole  Varicelle  Coqueluche  Oreillons  Rougeole

**ALLERGIES** :

Asthme  Alimentaires  Médicamenteuses  Autres (animaux, plantes, pollen...)

Précisez l'origine de l'allergie ainsi que la conduite à tenir : \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un traitement médical ? (Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine au nom de l'enfant)

Recommandations particulières : (port de lunettes/lentilles - appareil dentaire ou auditif - comportement de l'enfant...) : \_\_\_\_\_

L'enfant suit-il un régime alimentaire ? (Si oui, précisez lequel)

N° Assuré Social (dont dépend l'enfant) : \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_

N° De Passeport : \_\_\_\_\_

L'enfant vient-il pour la première fois en centre de vacances : OUI  NON

Date : \_\_\_\_\_ **SIGNATURE**

# DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

**Pour être admis en Centre de vacances, cette déclaration devra OBLIGATOIREMENT être REPLIE et SIGNEE par le responsable légal de l'enfant**

Je soussignée (e) : \_\_\_\_\_

Père  Mère  Tuteur

**AUTORISE** le directeur du Centre de Vacances :

- A faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgences, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- Je m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération, non remboursés par la Sécurité Sociale.
- J'autorise en outre mon enfant, à participer à toutes activités du Centre de Vacances.

En cas de DIVORCE : J'autorise  Je n'autorise pas

A accorder une rencontre de l'enfant avec : Son père  Sa mère

Sur l'aire de la colonie même  En dehors de la colonie

*Nota : Dans le cas où il n'y aurait pas d'autorisation, joindre au dossier une photocopie du jugement.*

➤ Visite au centre de Vacances : \_\_\_\_\_  
➤ Prise en charge : \_\_\_\_\_

- L'enfant, ne pourra être confié par le Directeur du Centre aux parents où à toute autre personne, que sur demande écrite et signée du responsables légal qui déchargera le Directeur de toute responsabilité (joindre à la demande une photocopie de la carte d'identité)
- **CULTE** : Nos centre de Vacances sont laïques ; en conséquences, il ne peut y avoir aucune manifestation religieuse à l'intérieur du centre.

Lu et approuvé A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**SIGNATURE**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET OU INCORRECTEMENT REMPLI  
SERA REFUSE**

# INFORMATIONS OBLIGATOIRES

## VACANCES LOISIRS JEUNES

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Renseignements : du Père  de la Mère  du Tuteur

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

Nom Salarié AH : \_\_\_\_\_ Matricule : \_\_\_\_\_

Tél portable père : \_\_\_\_\_ Tél Portable mère : \_\_\_\_\_

Tél Usine : \_\_\_\_\_ Tél domicile : \_\_\_\_\_

## SEJOURS ÉTÉ

### **DEPART JUILLET**

DESTINATION : \_\_\_\_\_

Date séjour : \_\_\_\_\_

ARGENT DE POCHE : Pour les colonies AH

Quel montant d'argent de poche souhaitez vous allouer à votre enfant : \_\_\_\_\_ €

Il sera remis par le CE et géré par le directeur durant le séjour.

Voulez-vous commander des NOMS TISSES : OUI  NON

OBSERVATIONS : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RETENUE SUR SALAIRE : OUI  NON  Nombre d'échéance \_\_\_\_ (Max 6)

Dossier déposé-le : \_\_\_\_\_ **SIGNATURE :**

### **DEPART AOUT**

DESTINATION : \_\_\_\_\_

Date séjour : \_\_\_\_\_

ARGENT DE POCHE : Pour les colonies AH

Quel montant d'argent de poche souhaitez vous allouer à votre enfant : \_\_\_\_\_ €

Il sera remis par le CE et géré par le directeur durant le séjour.

Voulez-vous commander des NOMS TISSES : OUI  NON

OBSERVATIONS : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RETENUE SUR SALAIRE : OUI  NON  Nombre d'échéance \_\_\_\_ (Max 6)

Dossier déposé-le : \_\_\_\_\_ **SIGNATURE :**

**Tout SEJOUR non réglé 15 jours avant le départ de la colonie  
entraînera automatiquement une retenue sur salaire**

# INFORMATIONS OBLIGATOIRES

## VACANCES LOISIRS JEUNES

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Renseignements : du Père  de la Mère  du Tuteur

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

Nom Salarié AH : \_\_\_\_\_ Matricule : \_\_\_\_\_

Tél portable père : \_\_\_\_\_ Tél Portable mère : \_\_\_\_\_

Tél Usine : \_\_\_\_\_ Tél domicile : \_\_\_\_\_

## SEJOURS TOUSSAINT

### **DEPART OCTOBRE**

DESTINATION : \_\_\_\_\_

Date séjour : \_\_\_\_\_

ARGENT DE POCHE : Pour les colonies AH

Quel montant d'argent de poche souhaitez vous allouer à votre enfant : \_\_\_\_\_ €

Il sera remis par le CE et géré par le directeur durant le séjour.

Voulez-vous commander des NOMS TISSES : OUI  NON

OBSERVATIONS : \_\_\_\_\_

RETENUE SUR SALAIRE : OUI  NON  Nombre d'échéance \_\_\_ (Max 6)

**SIGNATURE:**

Dossier déposé le : \_\_\_\_\_

**Tout SEJOUR non réglé 15 jours avant le départ de la colonie  
entraînera automatiquement une retenue sur salaire**



COMITÉ  
D'ÉTABLISSEMENT  
**AIRBUS**  
HELICOPTERS

M  
A  
R  
I  
G  
N  
A  
N  
E