



**Nom :** ..... **Prénom :** .....  
 né(e) le ..... à .....  
 Classe : ..... Ecole : .....

## Responsables

**Nom :** .....  
**Prénom :** .....  
 Adresse : .....  
 Ville : .....  
 Tel Personnel : .....  
 Tel Portable : .....  
 Email : .....  
 Profession : .....  
 Employeur : .....  
 Tel Bureau : .....  
 Situation matrimoniale : .....  
 Parenté : .....  
**Droit de prise en charge : Oui / Non**

**Nom :** .....  
**Prénom :** .....  
 Adresse : .....  
 Ville : .....  
 Tel Personnel : .....  
 Tel Portable : .....  
 Email : .....  
 Profession : .....  
 Employeur : .....  
 Tel Bureau : .....  
 Situation matrimoniale : .....  
 Parenté : .....  
**Droit de prise en charge : Oui / Non**

## Fiche Sanitaire

Médecin : ....., Tel Médecin : .....  
 A jour des vaccins obligatoires : .....  
 Allergie (Asthme...) : .....  
 Allergie Alimentaire : .....  
 Allergie Autre : .....  
 Allergie Médicamenteuse : .....  
 Appareillage : .....  
 Enfant sait il nager ? : .....  
 Recommandations / Précautions : .....  
 Régime Alimentaire : .....

## Délégués

Nom Prénom	Coordonnées	Parenté	Prise en charge	Contacteur en cas d'urgence

# Autorisations

---

Autorisation Médicales (hospitalisation, traitement...) : .....

Autorisation baignade : .....

Autorisation de transport pour sorties : .....

Autorisation Droit à l'image (Magazines, flyers, réseaux sociaux) : .....

Autorisation de rentrer seul(e) : .....

Autorisation de prendre le bus Matin/Soir : .....

Autorisation pour la CDC Sud Vendée Littoral de consulter le CDAP et à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF (ressources N-2 et quotient familial N-2) et à conserver ces renseignements pendant 5 ans minimum :

.....

En cas de refus de ma part à autoriser la CDC Sud Vendée Littoral à consulter le CDAP, je m'engage à fournir moi-même mon attestation de QF à chaque réévaluation : .....

J'autorise l'utilisation de mon adresse email pour l'envoi de :  Factures  Informations

# Régime allocataire

---

CAF, MSA, AUTRES :

Département :

N° Allocataire :

Fait à ..... le .....

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, atteste de l'exactitude des renseignements portés sur ce document ainsi que d'avoir pris connaissance du règlement intérieur, m'engage à prévenir en cas de changement d'une ou plusieurs informations contenues dans cette présente 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Signature

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à une prise en charge de qualité de votre enfant et à la gestion administrative de votre dossier. Le destinataire des données est la CDC Sud-Vendée Littoral. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant directement aux accueils de loisirs dont vous dépendez. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.*