



Nom : **Prenom :**

né(e) le : à : Sexe : M / F

Classe : Ecole :

Régime d'appartenance (CAF, MSA, Autres) : N° Allocataire :

Responsables

Responsable 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Tel domicile :

Tel portable :

Email :

Profession :

Tel bureau :

Situation matrimoniale :

Parenté :

Droit de prise en charge : OUI - NON

Utilisation de l'adresse email pour l'envoi de

Factures Informations générales

Réponses automatiques du Portail Famille

Responsable 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Tel domicile :

Tel portable :

Email :

Profession :

Tel bureau :

Situation matrimoniale :

Parenté :

Droit de prise en charge : OUI - NON

Utilisation de l'adresse email pour l'envoi de

Factures Informations générales

Réponses automatiques du Portail Famille

Délégués

Nom	Téléphone	Lien de parenté	Prise en charge de l'enfant	A contacter en cas d'urgence
			Oui / Non	Oui / Non
			Oui / Non	Oui / Non
			Oui / Non	Oui / Non
			Oui / Non	Oui / Non

Fiche sanitaire

Médecin : Ville : Téléphone :

A jour des vaccins obligatoires :

Allergie (Asthme...) :

Allergie Alimentaire :

Allergie Autre :

Allergie Médicamenteuse :

Appareillage :

Enfant sait il nager ? :

PAI (nom et numéro de médecin) :

Recommandations / Précautions :

Régime Alimentaire :

Autorisations

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

Autorisation baignade :

Autorisation de transport pour sorties :

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 :

Autorisation Droit à l'image Diaporama :

Autorisation Droit à l'image Panneaux photos :

Autorisation Droit à l'image Communication interne à la CC :

Autorisation Droit à l'image Site de la CC :

Autorisation Droit à l'image Facebook :

Autorisation Bus Mercredi :

Autorisation Bus Vacances :

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.

Date et signature :