

PHOTO



Etiquette

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Fille  Garçon

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pointure : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ kg

Adresse postale : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Diplôme de ski (obtenu à ce jour) : \_\_\_\_\_

Diplôme de natation (fournir la photocopie) : \_\_\_\_\_

### PARENTS

	<b><u>Père</u></b>	<b><u>Mère</u></b>
Nom/Prénom		
Adresse et téléphone (si différente de l'enfant)		
Situation de famille (Rayer les mentions inutiles)	Célibataire – Marié - Pacsé Divorcé – Vie maritale	Célibataire – Mariée - Pacsée Divorcée – Vie maritale
Profession		
Employeur		
Téléphone travail		

N° allocataire C.A.F : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Date de naissance de l'assuré(e) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse du centre payeur de la Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ**

**1- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Angines</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rhumatismes</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Otites</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Asthme</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**2- Divers**

L'enfant mouille-t-il son lit :

Non  Occasionnellement  Oui

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée :

Oui  Non

**Si l'enfant doit suivre un traitement, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments**

**Date :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Signature**

\*Cochez les cases correspondantes

## **1 - Difficultés de santé de l'enfant et recommandations parentales :**

Maladie, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations... (Préciser les dates, régimes ou interdictions alimentaires)

---

---

---

## **2 - Traitement médical en cours :**

L'enfant doit suivre un traitement médical durant le séjour : remplir les lignes ci-dessous et joindre l'ordonnance du médecin stipulant ses prescriptions.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal(e) autorise l'assistance sanitaire du séjour à donner le traitement médical à mon enfant \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ conformément à l'ordonnance (nom du médicament, posologie, recommandations du médecin) joint à la présente attestation, et cela durant tout le séjour.

Aucun traitement en cours.

## **3 - Autorisation de soins d'urgence :**

**(A remplir obligatoirement)**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, donne l'autorisation d'anesthésier et d'opérer l'enfant \_\_\_\_\_. En qualité de \_\_\_\_\_, je déclare avoir la responsabilité de la garde légale de l'enfant.

## **4 - Autorisation de séjour :**

**(A remplir obligatoirement)**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal(e), autorise mon enfant \_\_\_\_\_ à participer aux activités organisés par le MUC Vacances.

## **5 - Autorisation de transport :**

**(A remplir obligatoirement)**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal(e) autorise le MUC Vacances à transporter mon enfant \_\_\_\_\_ sur tout lieu d'activité dans le cadre de ses séjours.

**Je soussigné(é) \_\_\_\_\_, déclare avoir signalé toute information concernant la santé, le comportement et l'aptitude à la vie en collectivité de mon enfant et avoir pris connaissance de l'intégrité de ce document ainsi que du règlement intérieur de l'association MUC Vacances et du règlement intérieur du centre.**

Fait à Montpellier, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature



# LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

- 1 Fiche de renseignements**
- 1 Photo d'identité de l'enfant**
- 1 Certificat médical d'aptitude aux activités sportives et de vie en collectivité**
- 1 Copie des pages de vaccinations à jour**
- 1 Copie de l'Attestation Carte Vitale**
- 1 Copie de l'Attestation Mutuelle**
- Numéro Allocataire CAF**
- 1 Copie du dernier avis d'imposition du foyer fiscal pour les accueils de loisirs**
- 1 Copie du justificatif de la tarification des repas de l'enfant scolarisé dans une école de la ville de Montpellier (Service Prest'O)**
- 1 Copie de l'Attestation d'Aisance Aquatique si demandée pour le séjour ou le stage de votre choix.**
- 1 Fiche d'autorisation de sortie pour que son enfant soit récupéré par une tierce personne ou pour qu'il rentre seul**