

## AUTORISATION PARENTALE

(A remplir obligatoirement)

Nous, soussignés.....  
Père, mère, tuteur (1), responsable de l'enfant .....

Autorisons le Directeur du Centre de Vacances 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.

Nous nous engageons à faire l'avance pour la part des frais du séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuelles.

En cas de renvoi pour raison d'inadaptation, le chèque de caution de 40€ sera retenu.

A..... Le.....

SIGNATURE(S) DES PARENTS

### ♦ A fournir

#### ➤ **IMPORTANT !**

Merci de nous remettre impérativement **AVANT LE DEPART** un certificat médical attestant de l'aptitude à la pratique d'activités sportives

(1) Rayer la ou les mentions inutiles



Fédération des A.I.L 13  
27 rue Mazagran – 13001 MARSEILLE  
tél : 04.91.24.31.60 / fax : 04.91.47.47.49

# Enfants / juniors

## FICHE SANITAIRE

**A NOUS RETOURNER IMPÉRATIVEMENT AVANT LE DÉPART REMPLIE SIGNÉE ET ACCOMPAGNÉE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL**

Nom du séjour :

Lieu du séjour :

Date du séjour :

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE PERSONNELLE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉLÉPHONE

Domicile : ..... Portable : .....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

### Personne responsable de l'enfant ★ : PÈRE – MÈRE – TUTEUR

★ *Rayer la ou les mentions inutiles*

NOM et Prénom du père .....

NOM et Prénom de la Mère .....

NOM et Prénom du Tuteur .....

#### Profession des Parents :

Père..... Mère.....

Nombre de frères et sœurs.....

Date(s) de Naissance des frères et sœurs :

.....

### Adresse habituelle du responsable de l'enfant

.....

.....

Code postal :.....VILLE :.....

Téléphone :.....Portable :.....

Si l'enfant est issu de parents divorcés ou séparés veuillez préciser si vous accordez à l'autre parent :

- l'autorisation de récupérer l'enfant au retour du séjour :

OUI  NON

- le droit de visite :

OUI  NON

Nom de l'autre parent :.....

Personne à contacter en cas d'absence des parents :.....

Téléphone :.....

Portable :.....

N° de sécurité sociale :

Veuillez joindre la **photocopie de l'attestation de sécurité social ou CMU**

Adresse de votre centre.....

Code postal :..... Ville :.....

## MALADIES

Typhoïde.....Scarlatine.....Rougeole.....

Diphtérie.....Coqueluche.....Oreillons.....

Otite.....Asthme.....Rhumatismes.....

Autres maladies – indiquer lesquelles et dates :

.....

.....

## VACCINS

(Indiquer l'année des vaccinations et injections de sérum)

Vaccin contre la variole .....Revaccination.....

Vaccin contre la diphtérie-tétanostyphoïde.....Rappel .....

Vaccin contre la poliomyélite.....Rappel.....

Vaccin B.C.G. ....

Sérum antitétanique.....

Sérum antidiphtérique.....

Autres sérums (indiquer lesquels).....

Urines-Albumines OUI NON

Sucre OUI NON

Incontinence d'urine OUI NON

L'enfant (s'il s'agit d'une fille) est-elle réglée ? OUI NON

Autres renseignements pouvant intéresser le directeur du centre (allergie, régime alimentaire spécial...) :

.....

.....

.....

.....

.....