

**AUTORISATION PARENTALE (obligatoire)**

Nous, soussignés .....

Père, mère, tut·eur·rice, responsables du jeune .....

1 - autorisons le·la Direct·eur·rice du centre de vacances à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

2 - nous engageons à payer la part des frais du séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelles.

3 - en cas de renvoi pour raison d'inadaptation, nous nous engageons à prendre à notre charge les suppléments dus à un retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un·e animat·eur·rice.

4 - autorisons les organisateurs à photographier et filmer notre enfant dans le cadre des activités, à diffuser les clichés au sein du PLL et sur le site de l'association, dans la presse locale et le Lorient Mag.

A ....., le .....

Signatures :



Patronage Laïque de Lorient

Signature :	<input type="checkbox"/>	tranche d'âge :	<input type="checkbox"/> 7-11 ans
			<input type="checkbox"/> 11-14 ans
Test natation :	<input type="checkbox"/>		

*Cadre réservé au PLL, ne rien inscrire*

**SEJOURS:**

**DATE:**

NOM : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Sexe : F  M  .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

PHOTO

Email des parents : .....

Etablissement scolaire : .....

Classe suivie : .....

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant :

CMU : oui  non  (fournir l'attestation)

Nom de la Mutuelle : .....

L'enfant a t'il des frères et soeurs : oui  non

Nom, Prénom, âge : .....

L'enfant vient-il pour la 1ere fois en centre de vacances : oui  non

Sait-il nager : oui  non

Activité(s) sportive(s) pratiquée(s) par l'enfant : .....

**RENSEIGNEMENTS D'IDENTITE DE LA FAMILLE**

Qui exerce l'autorité parentale ? Père  Mère  Tuteur

Nom et prénom des parents/ Tut·eur·rice : .....

.....

Professions : .....

Tel travail : .....

Tel mobile : .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

.....

Adresse des parents durant le séjour : .....

.....

Si l'enfant est confié à au centre de vacances par une collectivité :

Désignation, adresse de la collectivité :

.....

.....

Tel : .....

Coordonnées de la famille d'accueil si nécessaire :

.....

.....

Tel : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Taille : ..... Poids : .....

Votre enfant a-t-il eu :

Varicelle : oui  non  Rubéole : oui  non  Rougeole : oui  non

Oreillons : oui  non  Coqueluche : oui  non  Asthme : oui  non

**TABLEAU DES VACCINATIONS :**

**DTPolio** 1ère injection : .....dernier rappel.....

**Autres vaccins :**

Nom : .....1ère injection : ..... dernier rappel.....

Nom : .....1ère injection : ..... dernier rappel.....

Nom : .....1ère injection : ..... dernier rappel.....

L'enfant est-il sujet à des malaises ou maladies particulières ?

Si oui, lesquelles : .....

.....

**ALLERGIES :**

Alimentaires : oui  non  Médicamenteuses : oui  non

Autres : oui  non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

.....

.....

L'enfant est-il sujet à des malaises ou maladies particulières ?

Si oui, lesquelles : .....

Médicaments et soins journaliers à donner à l'enfant (joindre l'ordonnance).

.....

.....

Interventions chirurgicales subies, lesquelles et date :

.....

.....

Si l'enfant porte des lunettes, préciser la référence des verres :

.....

.....

Afin que puissent être prises les précautions nécessaires :

L'enfant est-il incontinent d'urine de façon habituelle ? oui  non

L'enfant est-il incontinent d'urine de façon accidentelle ? oui  non

Activités : existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ? oui  non , si oui, lesquelles ?

.....

.....

Tous renseignements complémentaires concernant l'enfant peuvent être fournis dans une enveloppe qui sera jointe au dossier.