

Responsable de la couverture sociale de l'enfant (renseignements obligatoires) :

Parents : Nom, Prénom.....

N° de Sécurité Sociale

Adresse Sécu

Nom et adresse de votre mutuelle

Obligatoire : Fournir l'attestation de la CPAM ainsi que l'attestation de Mutuelle

Je soussigné(e), responsable de l'enfant :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
 - Autorise le Directeur du Centre de Vacances à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin consulté.
 - M'engage à payer la part des frais incombant à la famille qui auraient été avancés : frais médicaux, d'hospitalisation ou d'opération éventuelle...
 - Autorise l'équipe d'animation à effectuer des photographies ou des prises de vidéo de mon enfant, durant son séjour. Ces photographies ne seront utilisées qu'à des fins éducatives, notamment le blog de la colo accessible uniquement avec le code du séjour concerné.
oui non
 - M'engage à prendre en charge, en cas d'inadaptation dûment justifiée, les frais de retour de l'enfant et de l'accompagnateur ou à venir le chercher moi-même.
 - Déclare qu'à ce jour, mon enfant ne présente pas de contre indication à la pratique des activités de sports d'hiver proposées et à la vie en collectivité.
 - M'engage à être présent(e) à l'arrivée du bus et à l'heure le jour du retour pour récupérer mon enfant.
- port du casque obligatoire lors de la pratique du ski ou surf !**
- Pour les 12 ans et plus seulement :** autorise mon enfant à sortir avec ses camarades dans le village sans animateur entre 17 h 30 et 19 h. **Oui Non**

A le

Signature



Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la FCOL dans le but de vous informer des séjours qu'elle organise. Vous pouvez demander à ce que vos coordonnées soient supprimées de notre fichier. Dans le cas contraire, elles seront conservées pendant 2 ans. Conformément à la loi « RGPD » vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant la FCOL.

Association bénéficiaire de l'agrément CGOL/FLEEP - 3 rue Récamier 75341 Paris cedex 07
Agrément n° 075.95.0063 - Garantie financière : UNAT Paris - Responsabilité Civile : APAC Paris

DOSSIER SANITAIRE COLO HIVER

SKI

F.C.O.L.	Saint-Lary (65)		
	CENTRE		

OBLIGATOIRE : Merci de cocher votre choix de lieu de départ et de retour :

DÉPART : NIORT ANGOULÊME BARBEZIEUX RDV/Place à St Lary

RETOUR : NIORT ANGOULÊME BARBEZIEUX RDV/Place à St Lary

Nom de l'enfant

Prénom.....

Sexe : F ou M

Date de naissance :

Age pendant le séjour.....

RESPONSABLE LEGAL : Père Mère

Nom, prénom

Adresse

N° de tél. 1 :N° de tél 2 :

Mail :@.....

Autres personnes pouvant être contactées en cas d'urgence pendant le séjour :

M.....N° tél.....

OPTION SKI :

L'enfant a-t-il déjà pratiqué le SKI ? Non, jamais fait !

A déjà skié & sait faire le chasse-neige

Renseignements sur son niveau :

Piste verte Piste bleue Piste rouge et +

A quand remonte son dernier séjour aux sports d'hiver ?



Dossier à renvoyer complet le plus tôt possible à la :
FCOL - 14 Rue Marcel Paul - 16000 ANGOULEME
Ou par mail : vacances@fcol16.org

Photo
d'identité
récente

L'ENFANT vit avec

ses parents Autre :

Scolarité : Classe de.....
Etablissement

Connaît-il d'autres enfants du séjour ?
Lesquels :

Combien de fois a-t-il participé à ce même séjour ?
.....

Profession du Père :

Adresse de l'employeur :

Profession de la Mère :

Adresse de l'employeur :

Situation familiale pouvant aider l'équipe d'animation (séparation, décès...)

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant
Ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE - ROR

VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite	
ROR	
Hépatite B	
BCG	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI ?

Noms et Dates	
AUTRES VACCINS...	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Mettre une croix	OUI	NON
RUBEOLE		
OREILLONS		
VARICELLE		

Mettre une croix	OUI	NON
ROUGEOLE		
OTITES		
ASTHME		

ALLERGIES	OUI	NON
Alimentaires		
Médicamenteuses		
Autres (pollens, poussière, acariens, soleil, plantes etc...)		
Si oui, précisez :		

Autres informations complémentaires que vous jugez utile de nous signaler

(comportement, habitudes, régime alimentaire etc...) :

Attention : Des difficultés non signalées pourraient amener l'équipe à interrompre le séjour de votre enfant si elles se révélaient trop importantes.

NOM ET N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si OUI, lequel ?

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

L'enfant mouille-t-il son lit (énurésie) ? OUI NON Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON

Êtes-vous bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (ex CMU)
OUI NON
Si OUI, vous devez impérativement nous fournir l'attestation CSS
(ex CMU) de l'organisme dont vous dépendez.
Sans celle-ci nous serions dans l'obligation de vous réclamer les sommes engagées.