

FEUILLET D'ETAT CIVIL

photo

Nom & prénom :

Adresse :

Fille . . .

Garçon . . .

Date de naissance :

Age : ans

Ecole :

Contact mail :

La mère Nom & prénom :

Profession :

Tél. dom. :

Tél. GSM :

Tél. bur. :

Le Père Nom & prénom :

Profession :

Tél. dom. :

Tél. GSM :

Tél. bur. :

Le Tuteur Nom & prénom :

Profession :

Tél. dom. :

Tél. GSM :

Tél. bur. :

L'enfant sait-il nager ? **OUI** **NON** Test de natation ? **OUI** **NON**

L'enfant a-t-il ses vaccins à jour ? **OUI** **NON** Date du certificat médical :

Mouille-t-il son lit ? **O** **N** Porte-il des lunettes ? **O** **N** A-t-elle ses règles ? **O** **N**

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

Père, Mère, Tuteur, ¹ responsable légal de l'enfant

(rayer les mentions inutiles)

1 - Autorise mon enfant à participer à toutes activités sportives, sorties, baignades (sauf contre-indications médicales), organisées durant le séjour de vacances (selon planning des stages).

2 - Autorise, le directeur du centre de vacances à faire soigner mon enfant, et à faire pratiquer tout acte médical ou chirurgical d'urgence que nécessitera son état, éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions des médecins.

J'accepte toute hospitalisation dans l'hôpital le plus proche.

3 - M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle.

4 - a pris connaissance et accepte le règlement intérieur de l'ESL

DROIT A L'IMAGE **Nous autorisons** - **Nous n'autorisons pas**

que durant les stages, notre enfant soit filmé, photographié ou interviewé par les médias (presse, radio, télévision ...) ou les encadrants d'E.S.L. pour toute publication ou promotion des activités sportives ou socioculturelles.

DEPART DE L'ENFANT

Signature des parents

avec les parents

avec un tiers n° tél.....

avec un transporteur n° tél.....

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Votre enfant a-t-il eu une des maladies suivantes :

Angines ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Otites ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Asthmes ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rougeole ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Diabète ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rubéole ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Epilepsie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Oreillons ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Varicelle ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

L'enfant fait-il des allergies (alimentaires ou autres) et conduite à tenir ? OUI NON

Si OUI lesquelles ?

L'enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ? OUI NON

Si OUI lesquelles ?

L'enfant porte-il des lunettes de vues ? OUI NON

Nom du médecin traitant de l'enfant :

Tél /GSM :

Autre renseignements médicaux utiles :

Si OUI lesquelles ?

L'enfant est-il sous prescription médicale ? OUI NON

Si OUI : joindre OBLIGATOIREMENT l'ordonnance du médecin.

Signature des parents

RECOMMANDATIONS DES PARENTS