

AUTORISATION PARENTALE (obligatoire)



Patronage Laïque de Lorient

Signature : tranche d'âge : 6-8 ans
Certificat médical : 9-11 ans
Test natation : 12-14ans

Cadre réservé au PLL, ne rien inscrire

Nous, soussignés
Père, mère, tuteur, responsables du jeune.....

1 - Autorisons le Directeur du séjour 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 animateur.

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 :

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Nom et adresse
Du praticien

[Empty box for medical certificate content]

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant :

Nom..... Prénom :

Inscrit(e) au séjour de

Et l'avoir reconnu (e) apte à vivre en collectivité et à pratiquer les activités sportives prévues lors du séjour :

Date : Signature du praticien :

SEJOURS: [Empty box]

DATES du séjour : [Empty box]

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Sexe : F M

Adresse :

CP : Ville :

Tel :

Email :

Etablissement scolaire :

Classe suivie :

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant : [Empty box]

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 1ère 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 du père :

Profession :

Tel travail : Tel mobile :

Nom et prénom de la mère :

Profession :

Tel travail : Tel mobile :

Adresse des ou du responsable(s) de l'enfant :

.....

Adresse des parents durant le séjour :

.....

.....

Si l'enfant est confié à l'œuvre 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.....

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.