



Ville de Saint-Prix – Service Éducation-Jeunesse

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS / MINI-SÉJOUR 2023

DU 10 AU 13 JUILLET 2023

### JEUNE

**PHOTO  
D'IDENTITÉ**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : .....  
Établissement scolaire : .....

Sexe : Féminin  Masculin

### RESPONSABLES LÉGAUX

#### Représentant légal 1 :

Nom :		Prénom :	
Téléphone domicile :	Téléphone portable :	Téléphone travail :	
Adresse :			
Email :			

#### Représentant légal 2 :

Nom :		Prénom :	
Téléphone domicile :	Téléphone portable :	Téléphone travail :	
Adresse :			
Email :			

### AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

#### AUTORISATION – DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre de certaines activités, les enfants pourront être filmés ou pris en photo. Autorisez-vous l'utilisation de l'image de votre enfant pour des actions d'information et de promotion des activités périscolaires et extrascolaires, sur les supports de communication de la Ville, sur les réseaux sociaux (Facebook/Instagram), site Internet de la Ville et l'Espace Citoyens ?

Oui

Non

### AUTORISATION DE SORTIES DANS LE CADRE DU MINI-SÉJOUR

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées au cours du séjour :

Oui

Non

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS / MINI-SÉJOUR 2023

### VACCINATIONS

Copie de la partie « vaccinations » du carnet de santé : Oui

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Numéro de sécurité sociale : .....

L'enfant suit-il un traitement médical permanent ? Oui  Non

Si oui, il vous sera demandé de joindre une copie de l'ordonnance et les médicaments correspondants, avec leur notice et dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant.

L'enfant souffre-t-il d'allergies ?

ASTHME Oui  Non

MÉDICAMENTEUSES Oui  Non

ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES : .....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....  
.....  
.....  
.....

L'enfant est-il à jour dans ses vaccins obligatoires :

(DT Polio = Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite) ? Oui  Non

Indiquer la date du dernier rappel : .....

Renseignements importants concernant la santé de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....  
.....  
.....

Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Préciser.

.....  
.....  
.....

Téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné(e), .....  
Responsable légal(e) de l'enfant .....  
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.  
- autorise les responsables des séjours à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à ..... le .....

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

.....  
.....  
.....