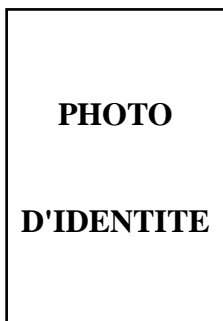


Ville de Saint-Prix – Service Éducation-Jeunesse  
FICHE DE RENSEIGNEMENTS – MINI-SÉJOUR 2022

Cette fiche concerne le mini-séjour du 18 au 22 juillet 2022



**E N F A N T**



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

Sexe : Féminin  Masculin

**R E S P O N S A B L E S L É G A U X**

**Représentant légal 1 :**

Nom :		Prénom :	
Tél. dom. :	Tél. port. :	Tél. travail :	
Adresse :			
Mail :			

**Représentant légal 2 :**

Nom :		Prénom :	
Tél. dom. :	Tél. port. :	Tél. travail :	
Adresse :			
Mail :			

**AUTORISATION DROIT À L'IMAGE**

**AUTORISATION – DROIT A 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 (page Facebook Ville, Instagram), site internet de la Ville et l'Espace Citoyens ?

Oui  Non

**AUTORISATION SORTIES DANS LE CADRE DU SEJOUR**

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

Oui  Non

## V A C C I N A T I O N S

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

## R E N S E I G N E M E N T S M E D I C A U X

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.

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

Tél. de la personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Nom et tél. 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 »)

