



Ville de Saint-Prix – Service Éducation-Jeunesse

FICHE DE RENSEIGNEMENTS / MINI-SÉJOUR 2024

DU 9 AU 12 JUILLET 2024

ENFANT

**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 2024

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 »)

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