

ORGANISME D'AFFILIATION : OBLIGATOIRE

Nom et Prénom du parent allocataire :

CAISSE D'AFFILIATION : **(joindre le justificatif si QF < à 600)**

CAF ANGERS CAF CHOLET CAF Autre département

N°ALLOCAIRE :

QUOTIENT FAMILIAL :

MSA Exploitant MSA Salarié MSA Autre département

N°Sécurité Sociale :

QUOTIENT FAMILIAL.....

AUTRE REGIME :

N°ALLOCAIRE :

QUOTIENT FAMILIAL.....

AUTORISATION PARENTALE PERMANENTE

M.....²Père, Mère ou tuteur légal autorise l'enfant.....

à participer aux sorties extérieures organisées dans le cadre du centre de loisirs des VERCHERS SUR LAYON.

en voiture particulière en autocar

à se baigner (piscine, plan d'eau surveillé)
mon enfant sait nager ne sait pas nager

atteste que mon enfant n'a pas de contre indication à pratiquer une activité sportive

autorise la structure d'accueil à photographier et filmer mon enfant dans le cadre des activités du centre de loisirs et éventuellement à publier ces documents gratuitement dans le réseau Familles Rurales ou le bulletin municipal des Vercheers sur layon.

autorise mon enfant (+ de 7 ans) à repartir seul à son domicile

autorise Mme, Mrà venir chercher mon enfant.

Fait àLe.....

Signature du Père, Mère ou tuteur légal

DOSSIER SANITAIRE DE L'ENFANT

Joindre les documents **(photocopie) suivants indispensables au séjour**

carnet de vaccinations

si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires pour être en collectivité ; JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

➤ Mon enfant suit un traitement médical oui non

Si oui, JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DE LA PRESCRIPTION MÉDICALE EN COURS avec les médicaments correspondants dans leur EMBALLAGE D'ORIGINE NOTÉS AU NOM DE L'ENFANT (à remettre au responsable du centre le 1er jour)

➤ Mon enfant présente une allergie oui non

Préciser la cause et la conduite à tenir :

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

Recommandations particulières et précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, énurésie, hospitalisation, prothèse auditive, dentaire, visuelle, régime alimentaire.....)

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

Je soussigné, (Nom et prénom du responsable légal).....

déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement d'urgence) nécessaires à l'état de santé de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :