

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – Mini-camps Enfance 2025

6/8 ans « Orient 'expérience' » 9/11 ans « Viking des temps modernes »

▶ ENFANT

fille garçon

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

▶ Ecole : Ville :

▶ ASSISTANTS FAMILIAUX

Nom /Prénom :

Mail @ :

Adresse :

CP/Ville

Téléphone :

PERE MERE AUTRE.....

Nom /Prénom

Mail @ :

Adresse :

CP/Ville

Profession /
Employeur
Nom et lieu

Tél. mobile :

Tél. travail :

PERE MERE AUTRE.....

Nom /Prénom

Mail @ :

Adresse :

CP/Ville

Profession /
Employeur
Nom et lieu

Tél. mobile :

Tél. travail :

▶ **Adresse de facturation (si différente):**

▶ MEDICAUX

Nom du médecin :

Téléphone :

Recommandations :

▶ REGIME ALLOCATAIRE

Nom de l'allocataire :

CAF, MSA, autres :

Numéro allocataire :

▶ N° sécurité sociale

▶ ASSURANCE

Nom de la compagnie :

▶ PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que les parents ou responsables légaux)

Nom - Prénom	Lien de parenté	Mobile	Domiciliation
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

▶ **Date et signature du ou des Responsable(s) :**

DROIT A L'IMAGE/AUTORISATIONS /FICHE SANITAIRE DE LIAISON - 2025

NOM : Prénom: fille garçon

DROIT A L'IMAGE / RESEAUX SOCIAUX :

J'autorise **Je n'autorise pas**

L'utilisation de mon image et/ou celle de mon enfant, dans le cadre des moyens de communication, pour une diffusion publique, bulletin communautaire, presse écrite, réseaux sociaux, site internet en sachant que l'utilisation qui pourra en être faite ne portera en aucun cas atteinte à l'intégrité de la personne.

AUTORISATIONS : HOSPITALISATION/ TRANSPORT/DEPART DE L'ENFANT

Je, soussigné(e), Monsieur ou /et Madame :
 Agissant en qualité de : Père – Mère – Tuteur

Autorise **N'autorise pas**, l'équipe de direction, en cas de maladie ou d'accident de l'enfant à prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires.

Autorise le transport en car et/ou en minibus

SANTE /VACCINATION : joindre les photocopies des vaccins

Est-il suivi pour (préciser) : <input type="checkbox"/> Allergies : <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Rhumatismes <input type="checkbox"/> Autres :	L'enfant a-t-il déjà eu : <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Autres :	Est-t-il fréquemment sujet à : <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Bronchite <input type="checkbox"/> Rhino-pharyngite <input type="checkbox"/> Autres :
--	--	--	---

- A-t-il un protocole ? OUI NON (Si oui, merci de fournir le protocole)
- A-t-il un traitement ? OUI NON
- Devra-t-il suivre ce traitement ou un autre durant une sortie ou un séjour ? OUI NON
Dans ce cas, fournir les médicaments et l'ordonnance au responsable, au départ, dans un sac fermé avec le nom de l'enfant.

Vaccins à jour : OUI NON Si l'enfant a des contre-indications à l'une des vaccinations, fournir un certificat médical

L'enfant porte-t-il ?
 • Des lunettes : OUI NON Quand doit-il les porter ?
 • Un appareil ou une prothèse dentaire : OUI NON
 • Des appareils auditifs OUI NON
 • Autres.....

L'enfant suit-il un régime alimentaire : OUI NON Si oui, lequel ?
 L'enfant bénéficie-t-il de l'AEEH OUI

A-t-il eu une opération chirurgicale récente ? OUI NON Si oui, laquelle : Date :/...../.....
 S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON

Recommandations supplémentaires (soucis d'énurésie, d'encoprésie, terreurs nocturnes, angoisses.....n'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant) :

.....

L'enfant a-t-il un suivi éducatif (éducateur...) ? OUI Si oui, souhaitez-vous communiquer les coordonnées de la personne :
Nom/Prénom/Téléphone/Organisme :

Signature en 1^{ère} page