

Camp Collégien Energie
Du 5 au 17 juillet 2020
La Hague (50)
fourchette solidaire entre
325 et 375 €



Camp Lycéen Bouff' Ton Terroir
du 11 au 25 Juillet 2020
Clairfayts (59 - Nord)
Départ de Normandie
entre 325 et 375 €

MERCI D'ENTOURER LE CAMP

Nous vous informons que des stocks de gel hydroalcoolique ont déjà été acheté et nous prendrons toutes les mesures de protection.

Fiche de renseignements

**TOUTES LES INFORMATIONS AINSI QUE
LA FICHE LIAISON VACCIN SONT OBLIGATOIRES**

Votre enfant

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Mail (pour recevoir les informations sur le camp) :

Adresse habituelle (si différente des parents ou si les parents vivent séparés):

Vous Père / Mère / Tuteur

Nom, Prénom :

Adresse habituelle :

Mail :

Téléphone (domicile) :

Portable :

Au delà des allergies et traitements à signaler dans la fiche sanitaire de liaison, votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier?

.....
.....

Autres personnes

Légalement responsables de l'enfant ou autorisées par vous à prendre des décisions concernant votre enfant ou à le transporter (préciser) :

Nom, Prénom :

Qualité :

Portable :

Est autorisé à :

Supplément d'information :

Y a t-il d'autres éléments que vous souhaitez nous signaler par rapport à votre enfant ?

(nous sommes disponible pour discuter d'habitudes, de pathologies, de retard dans le développement social, de besoin d'affection ... Dîtes le nous c'est important)

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

Pour le camp lycéen, quel départ préférez vous ? (départ en train, à vous d'emmener votre enfant à cette gare)

Cherbourg Bayeux Caen Dreux Vire Flers Evreux

**à renvoyer au
MRJC Orne
6 rue W. Challemel
61600 La Ferté
(MSA, CAF, Bons
vacances ok)
Payable
en plusieurs fois**

**Au vu de la situation
Nous ne tirons les
chèques qu'une fois le
camp passé**

Autorisation parentale

Je soussignée père / mère / tuteur de

Autorise mon enfant à participer au camp ainsi qu'à pratiquer toutes les activités proposées au cours du séjour et à prendre les transports prévus dans le cadre du séjour (bus, mini-bus et voiture personnelle des animateurs).

Autorise le MRJC à photographier mon enfant et à utiliser ces photographies à titre gracieux dans le respect du cadre légal. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction de ces photos devront respecter l'anonymat de mon enfant et ne devront pas porter atteinte à sa réputation;

Autorise le responsable à prendre toutes les décisions destinées à faire donner les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, maladie contagieuse, affection grave;

Merci de joindre une copie de votre CMU (si vous avez) ou de votre carte vitale merci.

M'engage à rembourser à l'association les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels.

Fait à

Le

Signature



<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p>1 - ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---	---

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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