

NOM DE L'ENFANT	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

**AUTORITE PARENTALE :**

	PERE	MERE	AUTRE (préciser)
NOM			
Prénom			
Adresse			
Tel Domicile			
Tel Profession.			
Email			

**DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL :**

Je soussigné, NOM : ..... Prénom : .....

- AUTORISE** mon enfant à participer à toutes les activités du mini camp (piscines, activités sportives...)
- L'AUTORISE** a regagner seul(e) mon domicile : **OUI**    **NON**  
⌚ Si **OUI**, je dégage l'Association des familles de toute responsabilité.  
⌚ Si **NON**, il sera récupéré à 18 Heures par mes soins ou par :  
.....  
.....
- AUTORISE** l'association des familles à réaliser des photos de mon enfant mineur.
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions médicales et chirurgicales suivant les prescriptions des médecins.
- M'engage à rembourser sur présentation des feuilles de maladie ou des factures tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation remboursés ou non par la sécurité sociale.
- M'engage, en cas de retour prématuré quelles qu'en soit les raisons, à prendre à ma charge les frais supplémentaires dus à un retour individuel ainsi que ceux du voyage aller et retour de l'accompagnateur.
- Certifie avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement du centre, et les accepter sans réserve.
- Certifie que les vaccinations de mon enfant sont à jour.

Fait à St Georges de Reneins, le .....  
Signature

**VACCINATIONS :**  
(joindre une copie si besoin)

Vaccins pratiqués	Dates	NOM DU VACCIN
<b>B.C.G.</b>		
<b>DT POLIO</b> 1 <sup>e</sup> injection		
2 <sup>e</sup> injection		
3 <sup>e</sup> injection		
RAPPEL		
RAPPEL		

Problèmes de santé particuliers, allergies, régime alimentaire :

.....

Handicap particulier (nécessitant une attention particulière) :

.....

----- PARTIE RÉSERVÉE AU CENTRE AÉRÉ -----

		06-09 ans
Camp Thoisse	Du 28 juillet au 1er août	

Date de l'inscription

		10-13 ans
Camp Thoisse	Du 21 au 25 juillet	

JUSTIFICATIF	OUI	NON
--------------	-----	-----

Carte des familles N°..... Fait le : .....
---

CAF	MSA	EDF	SNCF
-----	-----	-----	------