

Date : DU.....AU.....

ETAT CIVIL

N° allocataire C.A.F. :

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Sexe :

Adresse :

Nom de la mère :

Nom du père :

 Domicile :

 Travail mère :

 Travail père :

 Portable :

 Portable :

N° de Sécurité Sociale :

Votre enfant est-il pris en charge à 100% par la « Sécu »

Votre enfant est-il pris en charge par la CMU

Oui

Non

Oui

Non

Pour quelle maladie :

Veillez joindre la photocopie de l'attestation de la Carte Vitale

RENSEIGNEMENTS - SANTE

VACCINS : JOINDRE LES PHOTOCOPIES DES PAGES DE VACCINATIONS

MALADIES INFANTILES :

Varicelle oui non

Rubéole oui non

Angine oui non

Otite oui non

Oreillons oui non

Rougeole oui non

Coqueluche oui non

Rhumatisme Articulaires Aigus oui non

Scarlatine oui non

L'enfant suit-il actuellement un traitement : oui non

Si oui, lequel :

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant le séjour,
n'oubliez pas de joindre l'ordonnance avec les médicaments.

Contre-indications médicales ou autres (exemple : allergies à certains médicaments, régime alimentaire):

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

ATTENTION

Tout enfant, dont le comportement remettrait en cause le bon déroulement du séjour de vacances serait immédiatement renvoyé du centre. Le retour anticipé ne donnerait lieu à aucun remboursement. Les frais de retour seraient à la charge de la famille

Il est recommandé de ne pas donner de bijoux ou d'objets de valeur. En cas de perte ou de vol, la mairie décline toute responsabilité.

EN CAS DE DESISTEMENT

➤ Plus d'un mois avant le départ une somme forfaitaire de 45,00 € restera acquise à la Municipalité pour sa participation aux frais généraux d'organisation.

➤ Moins d'un mois avant le départ les acomptes (70 % du séjour) resteront acquis à la Municipalité.

➤ Moins de huit jours avant le départ ou non présentation le jour du départ, l'intégralité du séjour restera acquise à la Municipalité.

Seule exception sera faite et après étude du dossier pour l'hospitalisation ou maladie grave.

AUTORISATION

Je soussigné(e) :

Demeurant à :

Agissant en qualité de père mère tuteur(trice)

De l'enfant (nom et prénom) :

➤ Autorise la direction du centre à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toute mesure d'urgence et, sur avis médical, à faire pratiquer toute intervention chirurgicale sur mon enfant.

➤ Autorise { A titre gracieux, l'utilisation des images réalisées par la municipalité de mon enfant mineur pour tous les supports de communication édités par la ville de Choisy-le-Roi (site internet, journal municipal etc....)

Refuse

➤ Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités du Centre de vacances. Lors de ces activités, des photographies de l'enfant seront susceptibles d'être reproduites dans les différents supports d'information municipale.

➤ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et accepte les conditions énoncées.

A Choisy le roi, le

Lu et approuvé

Signature :