



**Nom :** ..... **Prénom :** .....  
né(e) le ..... à .....  
Classe : ..... Ecole : .....

## Responsables

### Parent 1 / Payeur facture

**Nom :** .....  
**Prénom :** .....  
Adresse : .....  
Ville : .....  
Tel Personnel : .....  
Tel Portable : .....  
Email : .....  
Utilisation de l'adresse email pour l'envoi de :  
 Informations  
Employeur : .....  
Tel Bureau : .....  
Situation matrimoniale : .....  
Parenté : .....  
**Droit de prise en charge : Oui / Non**

### Parent 2

**Nom :** .....  
**Prénom :** .....  
Adresse : .....  
Ville : .....  
Tel Personnel : .....  
Tel Portable : .....  
Email : .....  
Utilisation de l'adresse email pour l'envoi de :  
 Informations  
Employeur : .....  
Tel Bureau : .....  
Situation matrimoniale : .....  
Parenté : .....  
**Droit de prise en charge : Oui / Non**

## Fiche Sanitaire

A jour des vaccins obligatoires : .....  
Allergie (Asthme...) : .....  
Allergie Alimentaire : .....  
Allergie Autre : .....  
Allergie Médicamenteuse : .....  
Appareillage : .....  
Enfant sait-il nager ? : .....  
PAI (nom et numéro de médecin) : .....  
Recommandations / Précautions : .....  
Régime Alimentaire : .....

# Délégués

Nom Prénom	Coordonnées	Parenté	Prise en charge	Contacteur en cas d'urgence

## Autorisations

Autorisation Médicales (hospitalisation, traitement....) : .....

Autorisation baignade : .....

Autorisation de transport pour sorties : .....

Autorisation de rentrer seul(e) : .....

Autorisation de prendre le bus Matin/Soir : .....

Autorisation pour la CDC Sud Vendée Littoral de consulter le CDAP et à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF (ressources N-2 et quotient familial N-2) et à conserver ces renseignements pendant 5 ans minimum :

.....

En cas de refus de ma part à autoriser la CDC Sud Vendée Littoral à consulter le CDAP, je m'engage à fournir moi-même mon attestation de QF à chaque réévaluation : .....

Autorisation Droit à l'image Diaporama : .....

Autorisation Droit à l'image Panneaux photos : .....

Autorisation Droit à l'image Communication interne à la CC : .....

Autorisation Droit à l'image Site de la CC : .....

Autorisation Droit à l'image Facebook : .....

## Régime allocataire

CAF, MSA, AUTRES :

Département :

N° Allocataire :

*Fait à* ..... *le* .....

Je soussigné(e),....., responsable légal de l'enfant, atteste de l'exactitude des renseignements portés sur ce document ainsi que d'avoir pris connaissance du règlement intérieur, m'engage à prévenir en cas de changement d'une ou plusieurs informations contenues dans cette présente 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Signature représentant légal 1

Signature représentant légal 2