Fiche sanitaire

Fiche à retourner 1 mois avant le début du stage au

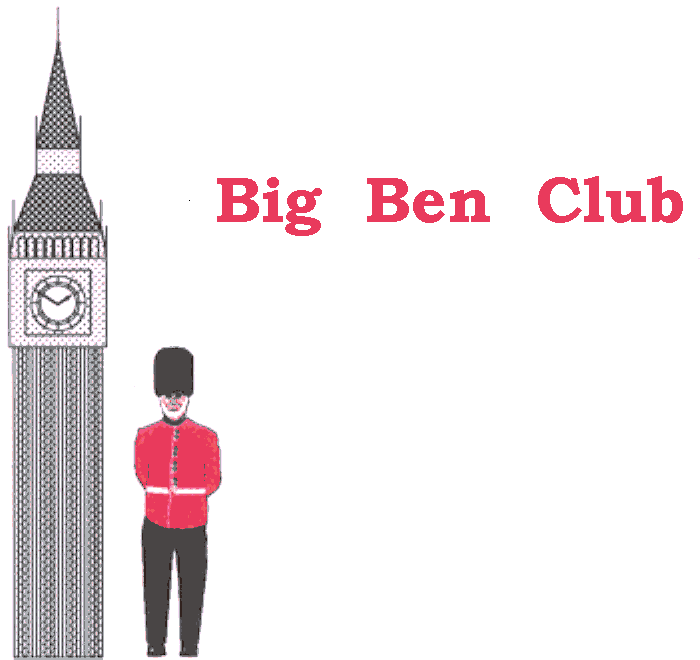
BIG BEN CLUB

La Peyrotte – 32260 SEISSAN

**Mail: bigbenclub32@orange.fr**

## SEJOUR : Anglais en Gascogne du……au.…….

PHOTO



#### ENFANT

Nom Prénom Né(e) le

Sexe (1) : M F Votre enfant sait nager : (1) : OUI NON

L’enfant porte (1) : lunettes lentilles prothèses auditives appareils dentaires autres précisez ……………………………….

# - Classe Niveau Anglais Séjours antérieurs

# **PERE DE L’ENFANT**

Nom, Prénom …………………………………………………………… Adresse complète

…………………………………………………………………………………………………………………………..

Tél. dom Mobile Tél. Usine

Employeur …………………… Profession ………………………… Email ………………………………………………

# **MERE DE L’ENFANT**

Nom, Prénom …………………………………………………………… Adresse complète

…………………………………………………………………………………………………………………………..

Tél. dom Mobile Tél. Usine

Employeur …………………… Profession ………………………… Email ………………………………………………

**RESPONSABLE LEGAL DE L’ENFANT** (1) Père et Mère   Père  Mère  Tuteur

* N° Sécurité Sociale :

* N° Assurance Scolaire ou Extra-scolaire …..……………………………………… Organisme ……………………

**A QUI TELEPHONER EN CAS D’URGENCE PENDANT LE SEJOUR** (par ordre de priorité)

Nom …………………………………………… Prénom …………………………………… Tél

Nom …………………………………………… Prénom …………………………………… Tél

* **JOINDRE LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATIONS DE L’ENFANT**

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT (entourer les maladies contractées)**

RUBEOLE / VARICELLE / ANGINES / RHUMATISMES / SCARLATINE / COQUELUCHE / OTITES / ASTHME / ROUGEOLE / OREILLONS

**Recommandations des parents :** …………………………………………………………………………………………………...

**Actuellement, l’enfant suit-il un traitement ? (1)** : OUI   NON  Si oui, lequel ? (Joindre l’ordonnance aux médicaments)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

##### DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Pour être admis dans nos Centres de Vacances gérés par des organismes référencés par le COMITE d’ETABLISSEMENT, cette déclaration devra obligatoirement être remplie et signée par le responsable légal de l’enfant.

Je soussigné(e) autorise le Directeur de l’organisme référencé

1. à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d’urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
2. je m’engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d’hospitalisation et d’opération éventuelle, non remboursés par la Sécurité Sociale.
3. j’autorise en outre mon enfant à participer à toutes les activités physiques et sportives du Centre.

Fait à ……………………….. , le …………………… Signature

(1) Cocher la case correspondante