

FICHE D'INSCRIPTION ET SANITAIRE

Sortie et dates : _____ du ____/____/ 2025

Le participant

Nom: _____ Prénom : _____

Sexe : ☐F ☐M Date de naissance : ____/____/____

Le responsable légal du participant

☐Père ☐Mère ☐Autre : _____

Nom: _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☐ Domicile : ____/____/____/____ ☐ Travail père : ____/____/____/____

☐ Travail mère : ____/____/____/____ ☐ Portable père : ____/____/____/____

☐ Portable mère : ____/____/____/____

L'enfant suit-il un traitement médical pendant la sortie ? ☐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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES

ASTHME : ☐Oui ☐Non MEDICAMENTEUSES : ☐Oui ☐Non ALIMENTAIRES* : ☐Oui ☐Non

AUTRES : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : _____

*Pour les allergies spécifiques, un document de prévention de ces allergies vous sera transmis afin de prendre en charge au mieux l'allergie de l'enfant.

REGIME ALIMENTAIRE ☐pas de régime particulier ☐Sans porc ☐Sans viande ☐Autre : _____

LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...). Précisez les dates et les précautions à prendre : _____

Autorisation des parents

Je soussigné(e) _____
déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier. Je déclare avoir notifié toute particularité sanitaire et/ou comportementale relative à mon enfant et j'autorise celui-ci à participer à la sortie et d'y pratiquer les activités programmées.

J'autorise le Directeur du centre de vacances à faire soigner mon enfant et, en cas d'urgence, à faire pratiquer toute intervention chirurgicale nécessaire suivant les prescriptions des médecins. Par

ailleurs, je m'engage à rembourser à SÉLECTION FRANCE les frais médicaux et pharmaceutiques nécessaires à mon enfant pendant la sortie.

J'autorise mon enfant à être pris en photo et mis sur le site de SÉLECTION FRANCE : ☐oui ☐non

Fait à _____

Le ____ / ____ / 2025

Signature du responsable légal