



Office Territorial des Sports
et des Jeunes des 7 Vallées

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

Kids Aventure : Camp sportif

Dates : *du 7 au 9 juillet 2017*

**Dossier à rendre lors de la
réunion d'information le
vendredi 9 juin à 18h30 à la
Maison de l'Initiative de
Beaurainville ou au plus
tard le 30 juin 2017**

△ L'ENFANT

Fille

Garçon

NOM	
PRENOM	
Date de naissance	
Lieu de naissance	

△ RESPONSABLE LEGAL ET COORDONNEES DE LA PERSONNE
OU EST HEBERGE LE MINEUR

NOM		
PRENOM		
Adresse		
Ville		
N° de téléphone pour vous joindre en cas d'urgence		Adresse mail : (obligatoire pour correspondance)@.....

△ SÉCURITÉ SOCIALE

N° de SS	
Adresse CPAM	
CMU	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

△ MUTUELLE

NOM	
Adresse et ville	
N° d'assuré	

△ ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE

Nom de l'assurance	
Adresse	
Ville	
N° de police	

△ CAISSE D'ALLOCATION FAMILIALE

N° allocataire CAF	
Coefficient familial	
Aide attribuée par jour	

Nom :..... Prénom :..... Date de naissance : ... /...../.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DU CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT

Ces informations sont couvertes par l'obligation de confidentialité de l'ensemble des intervenants

Δ **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - oreillons - rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres précisez	
Ou Tétracoq					
BCG					

Δ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Précisez -----

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 notice)

Δ ***L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

RUBEOLE			
oui		non	

VARICELLE			
oui		non	

ANGINE			
oui		non	

SCARLATINE			
oui		non	

COQUELUCHE			
oui		non	

OTITE			
oui		non	

ROUGEOLE			
oui		non	

OREILLONS			
oui		non	

Δ **ALLERGIES** (si oui, remplir le protocole d'accueil individualisé)

-asthme Oui Non
-alimentaire Oui Non
-médicamenteuses Oui Non

Si oui, précisez -----

Précisez la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Δ **LES DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération). En précisez les dates et les précautions à prendre.

Δ **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (votre enfant porte t-il des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, est-il incontinent...)

Δ **PARTIE A RENSEIGNER PAR L'ORGANISATEUR**

Organisateur : **Office Territorial des Sports et des Jeunes des 7 Vallées**

Adresse : **32 rue Jean Mermoz 62990 BEAURAINVILLE**

Téléphone : **03.21.06.77.86**

Date de l'accueil : **du 7 au 9 juillet 2017**

Fait à Le

Les parents ou représentant légal

L'OTSJ



AUTORISATIONS PARENTALES

1. Autorisation parentale d'hospitalisation et de soins

*Autorise la responsable du mini camp à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant. **Oui Non**

*Autorise également l'anesthésiste et/ou le chirurgien à pratiquer toutes interventions d'urgence, sous anesthésie générale si nécessaire suivant la prescription des médecins. **Oui Non**

*Autorise la responsable du mini camp ou son adjoint, à récupérer mon enfant suite à son hospitalisation. **Oui Non**

*Je m'engage à payer la part de frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, les frais d'hospitalisation et opérations éventuels.

2. Autorisation d'utilisation de l'image

Autorise gracieusement l'Office Territorial des Sports et des Jeunes des 7 Vallées à utiliser l'image et la voix de mon enfant (les photographies, vidéos) à des fins strictes d'illustration et de promotion de ses activités non commerciales via tous les supports de communication que l'association utilise ou utilisera dans le futur. **Oui Non**

3. Autorisation à la pratique de toutes les activités

*Autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives dûment encadrées par les animateurs du kids aventure ou un prestataire de services diplômé.

Oui Non si non lesquelles

4. Autorisation de fumer

*Autorise mon enfant à fumer pendant le sport aventure **Oui Non**

5. Comportement difficile et dégradation – détériorations volontaires

En raison d'indiscipline, je suis informé(e) que les éducateurs de l'Office Territorial des Sports et des Jeunes des 7 Vallées pourront prendre une sanction disciplinaire (renvoi éventuel) vis-à-vis de mon enfant. Aucun remboursement ne sera effectué en cas de renvoi.

Je suis informé(e) que toute(s) dégradation(s) causée(s) par mon enfant sera(ont) facturée(s) par l'Office Territorial des Sports et des Jeunes des 7 Vallées.

*Je, soussigné(e) responsable légal de l'enfant
..... déclare exact les renseignements portés dans ce dossier. Je
reconnais avoir pris connaissance des conditions d'organisation et de déroulement des activités.*

A le2017

Signature des parents ou représentants légaux