



DATE DU SEJOUR	<input type="checkbox"/> Du samedi 2 mars au 3 mars 2024 (pour les 12 - 18 ans)
LIEU DU SEJOUR CHOISI	<input type="checkbox"/> Base Loisirs Nautique (Lissac sur Couze)

NOM :  PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :  Sexe : Garçon  Fille

N° LICENCE FFCT :  CLUB :

ADRESSE :

CODE POSTAL :  VILLE :

**AUTORISATION PARENTALE (ENFANT DE 12-18 ANS)**

Je, soussigné(e) (1) :  Lien de parenté :

Téléphone domicile :  Téléphone portable :

Autorise mon enfant (3) :

À effectuer le Séjour VTT (mentionner ci-dessus) Encadré

par **Maxime Ragot**

Téléphone : **06 38 03 66 80.....**

Autorise le responsable du séjour ci-dessus, à prendre toute décision concernant les soins d'urgence, l'hospitalisation, ou à faire pratiquer toute intervention chirurgicale qui s'avérerait urgente, sur avis médical, concernant mon enfant cité ci-dessus

Recommandations médicales : (remplir la fiche sanitaire jointe à cette demande)

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et je m'engage à signaler toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur pour les activités ou les séjours ci-dessus.

Date et Signature, précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

<b>Coût du Séjour :</b>	- <b>gratuit</b>
<b>Programme :</b>	- <b>séjour sportif.</b>
<b>Fiche sanitaire :</b>	- <b>Ci-dessous à remplir/ou fourni par le club</b>

(1) Nom, prénom du père ou de la mère ou du tuteur légal,  
 (2) Adresse du père ou de la mère ou du tuteur légal,  
 (3) Nom, prénom de l'enfant

**FICHE SANITAIRE  
DE  
LIAISON**

**1. ENFANT**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon  Fille

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LA DUREE DU STAGE**

**2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

Si oui, risque-t-il d'en avoir besoin au cours du séjour ?  Oui  No

Si oui joindre à chaque sortie de l'enfant une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ANTITETANIQUE : Date du dernier rappel :  Vaccin :

Pour info : Rappels à 6, 11 et 16 ans par PENTACOQ, PENTAVAC, DT POLIO, INFANRIX QUINTA ou REVAXIS

ALLERGIES : ASTHME MEDICAMENTEUX  Oui  Non

ALIMENTAIRES SESAUTRES

Oui  Non

Oui  Non

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

**3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, précautions à prendre). Indiquez éventuellement un choix préférentiel de la clinique ou de l'hôpital en cas d'évacuation sanitaire.

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc... Précisez.

**4. ALLERGIE ALIMENTAIRE OU REGIME PARTICULIER**

**5. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM :  Prénom :

Adresse :

Téléphone :  Mobile :  Autre :

Nom et Téléphone du médecin traitant :

Je soussigné  responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :  Signature :