

## AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Nous soussignés,

.....  
Père, Mère, Tuteur, responsable de l'enfant  
.....

- autorisons le directeur du centre ou son représentant à faire soigner notre fils-fille et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

- nous engageons à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

- nous engageons à prendre à notre charge les suppléments dus à un retour anticipé de notre enfant, ainsi que les frais d'accompagnement.

Fait à ....., le .....

Signatures :

### DROIT A L'IMAGE

- *autorisons – n'autorisons pas* le centre du Croux à utiliser les photos sur lesquelles notre enfant pourrait apparaître pour constituer des albums souvenir, illustrer les documents d'information du centre ou son site internet.

Signatures :

### CONNAISSANCE DU FONCTIONNEMENT ET DES DOCUMENTS

- déclarons avoir pris connaissance du fonctionnement, avoir informé notre enfant du projet pédagogique et des consignes de vie à respecter.

Signatures :



## DOSSIER INDIVIDUEL DE RENSEIGNEMENTS

DATES : Du ..... au .....201

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant : .....

Prénoms de l'enfant : ..... Sexe : M / F

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Classe fréquentée : .....

Prénom et âge des frères, des sœurs : .....

L'enfant vient-il pour la première fois en centre de vacances : *oui – non*

L'enfant vient-il pour la première fois au centre du Croux : *oui – non*

L'enfant a-t-il déjà pratiqué l'équitation : *oui – non* ou le VTT : *oui – non*

Occasionnellement : *oui – non* Nombre de fois : .....

Régulièrement : *oui – non* De quelle manière : .....

Niveau équestre ou diplômes : .....

Taille : ..... Poids : .....

*Ces renseignements sont très importants pour l'attribution des poneys.*

Si l'enfant souhaite être dans le même groupe qu'un autre enfant, préciser le nom et prénom de celui-ci : .....

*Mais il n'est pas toujours possible d'accéder à ce souhait (tranche d'âge ou niveau équestre différents)*

### RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

Personne qui exerce l'autorité parentale : père - mère - tuteur

Nom et prénom du père ou tuteur : .....

Profession : .....

Nom et prénom de la mère : .....

Profession : .....

Adresse du tuteur \* : .....

.....

Tél. domicile \* : ..... Tél. travail : .....

Télécopie : ..... Portable : .....

E-mail \* : .....

*\* si ce ne sont pas les mêmes que l'enfant*

N° de sécurité sociale concernant l'enfant : .....

L'assuré cotise-t-il à la M.S.A. : *oui - non* ou à la CPAM : *oui - non*

Adresse de la caisse d'assurance maladie : .....

.....

L'assuré cotise-t-il à une mutuelle : *oui - non*

Intitulé et adresse de la Mutuelle :

.....

Si l'enfant est confié au centre par une collectivité : .....

### PENDANT LE SEJOUR

Coordonnées des parents en cas de déplacement :

.....

Personnes à joindre si les parents ne sont pas joignables :

Nom : ..... Tél. : .....

Nom : ..... Tél. : .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Indiquer l'année où votre enfant a eu une des maladies suivantes :

Typhoïde : .....  Scarlatine : .....  Rougeole : .....

Diphtérie : .....  Coqueluche : .....  Oreillons : .....

Otite : .....  Asthme : .....  Rhumatisme : .....

Indiquer l'année des vaccinations de l'enfant et injections de sérum (ou fournir une photocopie du carnet de vaccination) :

Variole : .....  Diphtérie-tétanos-typhoïde : .....

B.C.G. : .....  Anti-polio : .....  ROR : .....

Interventions chirurgicales subies avec leurs dates : .....

.....

Allergies : .....

Régime alimentaire particulier : .....

.....

L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles : *oui - non*

Si oui, quand doit-il les porter : .....

L'enfant est-il incontinent d'urine : *oui - non*

Si oui, de façon habituelle: *oui - non* de façon occasionnelle : *oui - non*

### INFORMATIONS DIVERSES

Il est inutile de munir l'enfant de son carnet de santé. S'il suit un traitement, joindre l'ordonnance aux médicaments afin que nous poursuivions le traitement.

***Si l'enfant bénéficie de la CMU, joindre obligatoirement la Carte Vitale.***

Tous autres renseignements jugés utiles peuvent être précisés ci-dessous ou adressés au directeur sous pli confidentiel (situation familiale, comportement ou habitudes particulières) :

.....

.....