



Nom du mineur : ..... Age : ..... Sexe : garçon   
Prénom : ..... Taille : ..... Fille   
Date de Naissance : ..... N° SS : .....

**VACCINATIONS (fournir une copie du carnet de vaccination de votre enfant)**

As t il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Renseignements Médicaux concernant le mineur**

Suit il un traitement médical pendant le séjour ? Oui  Non  (Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine) Aucun médicaments ne pourra être pris sans ordonnance.

As t il des allergies ?

Allergie alimentaire : Oui  Non  Allergie Médicamenteuse : Oui  Non Autres allergie (animaux, plantes, pollen, maquillage...) Oui  Non Asthme : Oui  Non 

Si oui précisez la cause de l'allergie, les signes et la conduite à tenir

.....  
.....

Recommandations/remarques particulières .....

.....

Assurance responsabilité civile (**assurance obligatoire**) Assurance individuelle accident (recommandée)

N° de police : ..... N° de police : .....

Nom/Adresse : ..... Nom/adresse : .....

N° de téléphone : ..... N° de téléphone : .....

**FOURNIR ATTESTATION VALIDE****Recommandations utiles des parents**Votre fille est elle réglée ? Oui  Non  Votre enfant est il fumeur ? Oui  Non 

Port de lunettes, lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement du jeune, difficulté de sommeil etc... :

.....  
.....

Votre enfant sait il nager : Oui  Non J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités : Oui  Non

**Responsable du mineur :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

N° tel. Portable : ..... N° tel Fixe : ..... N° tel travail : .....

Médecin traitant : ..... N° tel : .....

**FOURNIR UNE ATTESTATION CARTE VITALE**

**Je soussigné (e)** ....., responsable légal de l'enfant :

- Certifie l'exactitude des renseignements donnés,
- Certifie que mon enfant ne présente pas de contre indications aux activités et l'autorise à y participer
- Autorise mon enfant à être transporté dans les véhicules ou différents moyens de transports utilisés
- Autorise l'utilisation des photos de mon enfant prise par l'équipe sur les supports de communication ( la montagne, site de la ville réseaux sociaux etc..... )
- Autorise la personne responsable à prendre toute mesure (y compris hospitalisation, anesthésie et intervention chirurgicale) nécessitée par son état de santé et selon les prescriptions du corps médical consulté. **Dans le cas contraire nous le préciser sur papier libre.**

Fait à ..... Le .....

Signature du responsable légal