

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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 mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....

DOSSIER D'INSCRIPTION JEUNES

Remplir entièrement et lisiblement le dossier, ne pas oublier de signer les versos du dossier et de la fiche sanitaire.

PIECES ESSENTIELLES A FOURNIR :

UN CERTIFICAT MEDICAL, LE QUOTIENT FAMILIAL CAF/MSA ET L'ATTESTATION D'ASSURANCE "R.C "
+adhésion de 15€ DEVRONT COMPLETER CE DOSSIER

LA PASSERELLE
ESPACE JEUNES

7, rue Sieyes
83610 COLLOBRIERES
Tel: 04.94.66.96.58

Date d'inscription :

Valable jusqu'à :

1. LE PARTICIPANT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Portable :

2. LE(S) RESPONSABLE(S) DU PARTICIPANT : (cocher la case correspondante)

Nom, Prénom du père :

Tél. : Domicile : Bureau :

Portable : / Profession :

Nom, Prénom de la mère :

Tél. : Domicile : Bureau :

Portable : / Profession :

Nom, Prénom du tuteur :

Tél. : Domicile : Bureau :

Portable : / Profession :

Email :

Situation familiale : Marié(e) Divorcé(e)

Célibataire Autres :

ADRESSE DU PARTICIPANT ET DU RESPONSABLE DE L'ENFANT :

.....
.....

Code Postal : Ville :

Tél. : /

