

Responsable de l'enfant

A remplir obligatoirement

Nom Prénom

Je soussigné, responsable légal de l'enfant

① 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.

② nous engageons à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels.

③ en cas de renvoi pour des raisons d'inadaptation, nous engageons à prendre à notre charge les suppléments dus au retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.

A le Signature

Au retour

Mr Mme Melle

Adresse

Code postal | | | | | Ville

Tél. domicile | | | | | Tél. portable | | | | |

viendra chercher le jeune au lieu de rendez-vous fixé par la FoceL.

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisation du séjour ou du centre de vacances

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....



Fiche sanitaire de liaison

(Recto du document)

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

Séjour

Nom du centre

Séjour du au

Nom du séjour

Participant

Nom Prénom

Date de naissance _ / _ / _ . Age | | | Nationalité

Garçon

Fille

Adresse

Code postal | | | | | Ville

Tél. domicile | | | | | Tél. portable | | | | |

Responsable légal

Père Mère Tuteur

Nom. Prénom

Adresse habituelle

.....

Code postal | | | | | Ville

Tél. domicile | | | | | Tél. portable | | | | |

Médecin traitant Tél. | | | | |

