

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) M – Mme – Melle – M. et Mme

.....
Nom et prénom du (des) parent(s)

Agissant en qualité de –père – mère – tuteur(trice) – gardien(ne)

Responsable(s) légal(aux) de l'enfant :

.....
Nom et prénom de l'élève

1 – Autorise(nt) son départ en classe de découvertes (*sortie scolaire avec nuitées*)

à du au

et accepte(nt) de l'amener au lieu de départ et de le récupérer au lieu de retour, sous les conditions fixées par l'ODCV et l'école.

2 – Versent **30 € (non remboursables)** avec le retour de la présente fiche, valant confirmation d'inscription.

2 – Autorise(nt) l'enseignant, responsable de la classe, à prendre, en cas de maladie ou accident survenant à mon enfant en cours de séjour, **toute mesure d'urgence** prescrite par un médecin, y compris éventuellement **hospitalisation** et **autorisation d'anesthésie**.

3 – Déclare(nt) avoir pris connaissance du fait que les frais nécessités par un éventuel traitement médical de l'enfant sont à la charge de sa famille. L'ODCV ou les enseignants, selon les cas, feront l'avance et adresseront les notes d'honoraires à la famille ; dès réception du règlement, la feuille de soins sera envoyée.

4 – Certifie(nt) exacts les renseignements médicaux indiqués au verso.

Fait à, le

Signature(s) du (des) responsable(s) légal(aux)

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « **lu et approuvé, bon pour autorisations** »

Classes de découvertes avec l'



INSCRIPTION, AUTORISATIONS, RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Fiche à retourner à l'école

ENFANT :

Nom et prénom : **G / F**

Date et lieu de naissance : / / à

IDENTITE DU RESPONSABLE LEGAL :

Madame – Mademoiselle – Monsieur

..... (Nom et prénom)

Marié(e) – divorcé(e) – veuf (ve) – séparé(e)

Adresse où vous contacter pendant le séjour :

.....

..... Ville

..... Code Postal

Téléphone :

Domicile (*y compris liste rouge*)

Travail Portable

Numéro de Sécurité Sociale : _____

Caisse de (*adresse*)

Joindre une copie de l'attestation de la carte vitale ou copie de la CMU

Nom et adresse de l'assurance scolaire (l'ODCV recommande la MAE) :

.....

Numéro du contrat :

Renseignements médicaux

Ces rubriques visent à recueillir les renseignements médicaux qui pourraient être utiles pendant le séjour de l'enfant, ce qui vous évite de vous démunir de son carnet de santé. La fiche vous sera rendue à la fin du séjour avec si nécessaire les observations éventuelles.

I] VACCINATIONS

Rubrique à remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination

Antipoliomyélitique – antidiphtérique – antitétanique – anticoquelucheuse	
Vaccins pratiqués (<i>précisez : DT polio, Tétracoq..</i>) Indiquez s'il s'agit d'un rappel	Dates ((jj /mm /aa))

Antituberculeuse (BCG)		Antivariolique		Autres vaccins	
	Dates (jj /mm /aa)		Dates (jj /mm /aa)		Dates (jj /mm /aa)
1 ^{er} vaccin					
revaccination					

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? :

.....

	nature	Dates (jj /mm /aa)
Injections de sérum		

II] MALADIES

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (*entourez si oui, rayez si non*)

Rubéole – varicelle – angines – rhumatismes – scarlatine – coqueluche

- otites – asthme - rougeole - oreillons.

Indiquez ci-dessous les autres difficultés de santé en précisant les dates (*maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations*)

	Dates (jj /mm /aa)

III] RECOMMANDATIONS DES PARENTS

.....

.....

.....

.....

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ?

non - oui (*rayez la mention inutile*)

Si oui, lequel ?

(Rappel) : si l'enfant doit suivre un traitement pendant le séjour, joindre l'ordonnance, les médicaments et l'autorisation de prise de médicaments)

L'enfant mouille-t-il son lit ? non - oui (*rayez la mention inutile*)

Si l'enfant est une fille, est-elle réglée ? non - oui (*rayez la mention inutile*)

Observations éventuelles faites en cours de séjour :

.....

.....