



## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (nom/prénom) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

agissant en qualité de : père  mère  tuteur

déclare :

- autoriser mon enfant (nom/prénom) \_\_\_\_\_  
à partir en classe d'environnement du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dans le centre de \_\_\_\_\_
- autoriser l'instituteur(trice) de la classe dont fait partie mon enfant, ou, à défaut, le responsable du centre :

- à faire donner à mon enfant les soins médicaux que pourrait nécessiter son état
- à prendre, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales, y compris éventuellement l'hospitalisation.
- prendre l'engagement de reverser à l'organisateur les frais qu'il engagerait pour faire soigner mon enfant et à me faire rembourser par la C.P.A.M. ou ma caisse particulière, les prestations auxquelles j'aurai droit.
- autoriser mon enfant à prendre part aux excursions ou sorties éducatives organisées pendant le séjour et le cas échéant, à sortir du territoire métropolitain pour une durée n'excédant pas 24 heures.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :

## FICHE SANITAIRE ENFANT

IMPORTANT !! NE JAMAIS DONNER LE CARNET DE SANTE, UTILISEZ CE DOCUMENT  
OU PHOTOCOPIER LES PAGES DU CARNET DE SANTE ET JOIGNEZ LES A CETTE FICHE SANITAIRE

CENTRE DE \_\_\_\_\_

Dates du séjour : du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENSEIGNANT : NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_



CLASSE : \_\_\_\_\_

ENFANT : NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DE L'ENFANT : père  mère  tuteur

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

☎ domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☎ portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☎ travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profession du père : \_\_\_\_\_ de la mère : \_\_\_\_\_

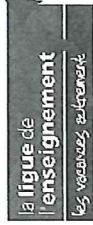
Adresse de la caisse de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

N° S.S. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mutuelle : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_

Assurance scolaire : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_

un avenir par l'éducation populaire



DATES DES MALADIES ANTERIEURES

MALADIE	ANNEE	MALADIE	ANNEE	INFIRMITES ou ANOMALIES
Rougeole		Rumatisme		
Coqueluche		Bronchite		
Varicelle		Otite		
Scarlatine		Asthme		
Diphtérie		Primo-infection		
Oreillons		Albumine		
Typhoïde		Diabète		

NATURE ET DATES DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

---



---



---

ALLERGIES :

---



---



---

FRACTURES :

---



---

	DATES DES VACCINS	DATES DES SERUMS
Anti-variolique		
Anti-tétanique		
Anti-diphtérique		
- Rappel		
- Rappel		
D.T. ou T.A.B.		
- Rappel		
- Rappel		
B.C.G.		
Poliomyélique		
Autres vaccins		

Incontinence d'urine :  oui  non

Apparition des règles, année : \_\_\_\_\_

OBSERVATIONS PARTICULIERES (comportement ou santé de l'enfant)

---



---



---

**Si l'enfant a un traitement médical en cours, remettre au responsable les médicaments nécessaires et joindre IMPERATIVEMENT la prescription médicale.**

**Réservé à l'enseignant /au centre :** Maladie ou accident survenus au cours du séjour

---



---



---