



# FICHES DE RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUE AUX BIVOUACS 2024

~~Bivouac du 28 AU 29 mai pour les CE2-CM1-CM2~~  Complet

Bivouac du 4 au 5 juin pour les CP-CE1

~~Bivouac du 11 au 12 juin pour les CE2-CM1-CM2~~  Complet

Bivouac du 18 au 19 juin pour CP-CE1

Bivouac du 25 au 26 juin pour les CP-CE1

## ENFANT

NOM: ..... PRENOM: .....



DATE ET LIEU DE NAISSANCE: .....

AGE: ..... CLASSE : .....

NATIONALITE: ..... SEXE: F  M

## RESPONSABLES

Situation familiale: Marié  Vie maritale  Séparé(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Veuf(e)

	PERE	MERE
Nom		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Adresse		
CP/Commune		
Domicile 		
Travail 		
Portable 		

Durant le séjour, nous serons absents du domicile familial.

Coordonnées du lieu où nous serons joignables aisément en cas d'urgence : .....

.....

Numéro de Sécurité Sociale	
Adresse du centre payeur	
Régime :	Général — Agricole
Numéro d'allocations Familiales	
Nom et adresse de la mutuelle complémentaire	
Nom, adresse et n° de votre assurance responsabilité civile	

**Attention :** Renseignez-vous auprès de votre assurance sur les dommages pris en charge (la responsabilité civile ne fonctionne pas toujours dans le cas où votre enfant se blesse seul ou casse ses propres lunettes).

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE, si les parents sont injoignables - **OBLIGATOIRE**

Nom/Prénom				
Téléphone				

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINATIONS RECOMMANDEES	DATES
D.T. - COQ. - POLIO.		BCG	

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour? Oui  Non

**Si oui**, joindre une ordonnance récente, un document écrit et signé autorisant l'équipe d'animation à donner le traitement selon la prescription; les médicaments correspondants sont à transmettre au directeur au moment du départ. Les médicaments doivent être dans leur emballage d'origine, celui-ci marqué au nom de l'enfant accompagné de la notice. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?				
Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	

**ALLERGIES:**

**Asthme**  
Oui  Non

**Médicamenteuse**  
Oui  Non

**Alimentaires**  
Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie .....

PAI mis en place : Oui  Non

**Si oui, joindre une copie intégrale du PAI de l'année en cours.**

## REGIMES ALIMENTAIRES PARTICULIERS

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

## DIFFICULTES DE SANTE

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation etc.  
en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

## INFORMATIONS D'ORDRE GENERAL

Merci de remplir ce qui suit.

Les éléments apportés nous permettrons de répondre au mieux aux besoins de votre enfant.

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

Précisez: .....

Recommandations parentales sur l'utilisation:

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

La nuit votre enfant a-t-il peur du noir, besoin d'une veilleuse, d'un doudou et/ou d'une tétine, se lève t-il la nuit pour ce rendre aux toilettes, porte-t-il des couches ? etc.

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

Tout autre renseignement vous semblant nécessaire:

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

## DROIT A L'IMAGE Conformément à la loi en vigueur

Autorise  A reproduire, à titre gratuit, les photographies dans le cadre exclusif de la communi-  
N'autorise pas  cation des services, du bulletin municipal et exceptionnellement dans les journaux

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  
mon enfant.

Date :

Signature :