



***UNE BOUFFEE D'O2  
DU 20 AU 27 JUILLET 2024  
7-10 ANS\****



**NOM**

**PRENOM**

**DATE DE NAISSANCE**

*\* (de 2017 à 2014)*

# AUTORISATION PARENTALE MINEUR PARTICIPANT A UN SEJOUR ECOLE BUISSONNIERE



## **PARENT 1**

Je soussigné (e) :

NOM :

PRENOMS :

Né(e) le :

Domicilié(e) à :

Agissant en qualité de (\*) :

Père     Mère     Parent exerçant le droit de garde     Tuteur

## **PARENT 2**

Je soussigné (e) :

NOM :

PRENOMS :

Né(e) le :

Domicilié(e) à :

Agissant en qualité de (\*) :

Père     Mère     Parent exerçant le droit de garde     Tuteur

**AUTORISE** le (ou les) mineur (s) :

## **ENFANT 1**

NOM :

PRENOMS :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

## ENFANT 2

NOM :

PRENOMS :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

## À PARTICIPER au **SEJOUR UNE BOUFFE D'O2** Du Samedi 20 Juillet au Samedi 27 Juillet 2024

**Destination** : HAUTE ALPES – CHAMPSAUR – ANCELLES – L'ARCHE  
<https://larche-sejours.fr/>



### Responsables du séjour :

- Mylène Sortamboc (Responsable administrative)
- Andadi Mohamed (Directeur du séjour)
- Manon Cotte (Animatrice et vidéaste)
- Kodie Lillethun (Animatrice et aide-soignante)

Je (Nous) déclare (- ons) sur l'honneur :

- a) avoir plein exercice de l'autorité parentale à l'égard de ce mineur
- b) être investi du droit de garde ou de la tutelle de ce mineur.

Fait à

Le

Signature (s)

# AUTORISATION PARENTALE DROIT A L'IMAGE



## **PARENT 1**

Je soussigné (e) :

NOM :

PRENOMS :

Né(e) le :

Domicilié(e) à :

Agissant en qualité de (\*) :

Père       Mère       Parent exerçant le droit de garde       Tuteur

## **PARENT 2**

Je soussigné (e) :

NOM :

PRENOMS :

Né(e) le :

Domicilié(e) à :

Agissant en qualité de (\*) :

Père       Mère       Parent exerçant le droit de garde       Tuteur

## **O AUTORISE** l'équipe encadrante

**Du 20 Juillet 2024 au 27 Juillet 2024 dans le cadre du séjour UNE BOUFFEE D'OXYGENE à Ancelle (05)**

- A effectuer, dans le cadre de la réalisation de photographies ou de vidéos, des prises de vue de (s) la personne (s) de mon (mes) enfant (s) :

-----  
-----

- A exploiter la/les photographie(s) ou les vidéos sur laquelle/lesquelles mon (mes) enfant (s) est (sont) reproduit (s) pour les exploitations suivantes :

- ✓ Plaquettes de communication
- ✓ Albums
- ✓ Panneaux d'affichage
- ✓ Site internet

## **O N'AUTORISE PAS** l'équipe encadrante

**Du 20 Juillet 2024 au 27 Juillet 2024 dans le cadre du séjour UNE BOUFFEE D'OXYGENE à Ancelle (05)**

- A effectuer, dans le cadre de la réalisation de photographies, des prises de vue de (s) la personne (s) de mon (mes) enfant (s) :

-----  
-----

Fait à

Le

Signature (s)



# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles / Cerfa N° 10008\*02

## 1 – ENFANT

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

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.

## 2 - VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant joindre la photocopie si vous le souhaitez).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION  
LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

### ALLERGIES :

ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES : .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**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.

---

---

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

**5 – RESPONSABLE (S) DE L'ENFANT**

**PREMIERE PERSONNE**

NOM (S)

.....

PRÉNOM(S)

.....

Agissant en qualité de

.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

.....  
.....

Téléphones

Fixe : ..... Portable : .....

Travail : .....

Adresse mail : .....

@.....

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

## DEUXIEME PERSONNE

NOM (S)

.....

PRÉNOM(S)

.....

Agissant en qualité de

.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

.....

.....

Téléphones

Fixe : ..... Portable : .....

Travail : .....

Adresse mail : .....

@.....

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

.....





# CONTENU DE LA VALISE



<b>VETEMENTS</b>	<b>QUANTITE</b>
Slips, ou caleçon ou petites culottes	8
Chaussettes	8
Tee-shirt	8
Short ou jupe	7
Pantalon ou jean ou jogging	4
Pull ou sweat-shirt	4
Pyjama	3
Tenue détente	1 pantalon décontracté et 1 tee-shirt
K-way ou coupe-vent	1
<b>NECESSAIRE DE TOILETTE ET BAIGNADE</b>	<b>QUANTITE</b>
Serviette de toilette et gants de toilette	1 + 1
Serviette de plage et maillot de bain – Au cas où -	1 + 1
Trousse de toilette	1
Gel douche et shampooing	1 + 1
Brosse à dents et dentifrice	1 + 1
Brosse ou peigne	1
<b>CHAUSSURES</b>	<b>QUANTITE</b>
Paire de chaussures confortables pour la marche	1
Paire de sandales et/ou tongs	1 et/ou 2
Paire de baskets	1
<b>AUTRES</b>	<b>QUANTITE</b>
Lampe poche	1
Sac à linge sale	1

## CE QUE VOUS POUVEZ AJOUTER

- 1 livre, un jeu de société
- 1 appareil photo
- 1 doudou

## CE QUE VOUS REMETTEZ EN MAIN PROPRE AUX RESPONSABLES

- ❖ Traitement médical avec ordonnance s'il y a traitement.
- ❖ Les derniers documents administratifs remplis, signés dans une enveloppe au prénom de l'enfant
- ❖ Argent de poche

**RENDEZ – VOUS SAMEDI 20 JUILLET 2024 A 14H00**  
**AU CENTRE DE VACANCES L'ARCHE – PRE JOUBERT 05260 ANCELLE**

**RETOUR SAMEDI 27 JUILLET 2024 A 14H00**  
**AU CENTRE DE VACANCES L'ARCHE – PRE JOUBERT 05260 ANCELLE**



- 1 sac à dos
- 1 tube de crème solaire
- 1 casquette
- 1 paire de lunettes de soleil
- 1 gourde

### **POUR TOUS RENSEIGNEMENTS**

➤ **06 56 83 27 93 – Mercredi et Jeudi -**

➤ **laboussole.asso05@gmail.com**