



# Autorisation parentale et Fiche sanitaire CENTRE SAINT-MICHEL

## AUTORISATION PARENTALE

**Cocher les cases ci-dessous pour donner votre accord :**

Je soussigné, \_\_\_\_\_ ( *nom et prénom* )

en tant que père, mère, responsable légal (*raier les mentions inutiles*)

inscris mon enfant : \_\_\_\_\_ ( *nom et prénom de l'enfant* )

au camp VERSO L'ALTO 2026 organisé par le Centre Saint-Michel au Glaizil ( 05800 ) du  
19 au 24 Juillet 2025.

- ☐ J'autorise mon enfant à utiliser les transports suivants pendant les activités :
- Voitures conduites par des membres de l'encadrement si nécessaire.
  - Car affrété pour les navettes jusqu'à la station de ski.
- ☐ Je confirme qu'au cas où mon enfant aurait besoin de soins médicaux de toute nature au cours des activités et des trajets en rapport avec les activités, les directeurs et les animateurs ont l'autorisation de faire transporter l'enfant chez un médecin ou à l'hôpital et de prendre les mesures complémentaires qu'ils estiment nécessaires afin de protéger la santé et le bien-être de l'enfant.
- ☐ J'autorise les responsables du séjour à prendre des photos et des vidéos de mon enfant et à utiliser les photos et vidéos prises lors des activités sur les supports de communication du Centre Saint-Michel.

Si je ne le désire pas, il me suffit d'écrire ci dessous en toutes lettres :

**JE NE SOUHAITE PAS QUE LES PHOTOS DE MON ENFANT SOIENT UTILISÉES QUEL  
QUE SOIT SUPPORT DE COMMUNICATION.**

---

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 202\_\_

Signature du responsable légal :

.....

## **DOCUMENTS À ENVOYER AVEC CE DOSSIER :**

- L'autorisation parentale signée (p. 1)
- La fiche sanitaire de liaison (pp. 3-4)
- Un certificat médical de vaccination ou une photocopie du carnet de santé de votre enfant
- Une photocopie de l'assurance maladie de votre enfant
- Une photocopie de la mutuelle de votre enfant
- Une photocopie de la pièce d'identité du responsable légal de l'enfant
- Une photocopie de la pièce d'identité de votre enfant (s'il en a une)

## **L'ensemble de ce dossier doit être remis au directeur du camp :**

- soit en format informatique ( pdf ) :
  - via le formulaire d'inscription sur HelloAsso
  - ou par mail à l'adresse [campskikarol@gmail.com](mailto:campskikarol@gmail.com)
- soit en format papier :
  - par voie postale à l'adresse suivante :

*VERSO L'ALTO 2026, Centre Saint-Michel,  
27 rue Augustin Daumas, 83000 Toulon*
  - en main propre au directeur du camp.

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON



## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom :

\_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexe :

☐ Garçon

☐ Fille

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-reillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq				BCG	

## 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Si l'enfant suit un traitement médical durant la semaine, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant).

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes\* ?

- ☐ Rubéole
- ☐ Coqueluche
- ☐ Varicelle
- ☐ Otite
- ☐ Scarlatine
- ☐ Angine
- ☐ Rougeole
- ☐ Rhumatisme articulaire aigu
- ☐ Oreillons

Allergies\* : Asthme Alimentaires Médicamenteuses 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 lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,...*

-----

-----

-----

-----

#### **5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Tél. fixe (et portable) du domicile : \_\_\_\_\_ du bureau : \_\_\_\_\_

NOM et tél. du médecin traitant :

-----

-----

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 l'enfant.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_