

**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.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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.

Date : ..... Signature : .....

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

**OBSERVATIONS**

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

**DOSSIER D'INSCRIPTION JEUNES**

Remplir entièrement et lisiblement le dossier, ne pas oublier de signer les versos du dossier et de la fiche sanitaire.

**PIECES ESSENTIELLES A FOURNIR :**

**UN CERTIFICAT MEDICAL, LE QUOTIENT FAMILIAL CAF/MSA ET L'ATTESTATION D'ASSURANCE "R.C "**  
**+adhésion de 15€ DEVRONT COMPLETER CE DOSSIER**

LA PASSERELLE  
ESPACE JEUNES

7, rue Sieyes  
83610 COLLOBRIERES  
Tel: 04.94.66.96.58

Date d'inscription : .....

Valable jusqu'à : .....

**1. LE PARTICIPANT :**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe : .....

Portable : .....

**2. LE(S) RESPONSABLE(S) DU PARTICIPANT : (cocher la case correspondante)**

**Nom, Prénom du père :** .....

Tél. : Domicile : ..... Bureau : .....

Portable : ..... / Profession : .....

**Nom, Prénom de la mère :** .....

Tél. : Domicile : ..... Bureau : .....

Portable : ..... / Profession : .....

**Nom, Prénom du tuteur :** .....

Tél. : Domicile : ..... Bureau : .....

Portable : ..... / Profession : .....

Email : .....

**Situation familiale :**  Marié(e)  Divorcé(e)

Célibataire  Autres : .....

**ADRESSE DU PARTICIPANT ET DU RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

.....  
.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... / .....

