






# FICHE DE RENSEIGNEMENTS mini camps

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :



 (mère)  
 (père)  
 (jeune)

.....@.....

- Nageur (test réussi 25m)
- Non nageur

Médecin traitant : Dr. ....

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.

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 PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**  
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ

## Règlement intérieur :

*Art 1 : Les parents autorisent la participation au mini-camp de leur enfant (nuitée, hébergement en camping, repas)*

*Art 2 : Les parents autorisent leur enfant à participer à toutes les activités mises en place par la POM et le transport en mini-bus ou véhicule particulier (de parents se proposant pour le trajet) sur les lieux d'activité.*

*Art 3 : La POM décline toute responsabilité en cas de perte ou de vols d'effets personnels.*

## Autorisation parentale :

En inscrivant mon enfant à la POM (Pays d'Othe Multisports) j'accepte:

- Sans réserve le règlement intérieur et les conditions d'inscription.
- qu'il soit photographié par les responsables de la POM et que son image soit diffusée sur le site Internet de la POM [www.pom89.fr](http://www.pom89.fr), sur les réseaux sociaux, dans les journaux ou bulletins locaux.

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....  
TÉL. FIXE (ET PORTABLE).....

*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 :