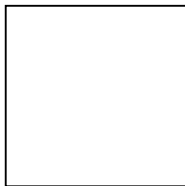




PROGOLF3D

## Fiche de liaison (sanitaire et administrative)

**A renseigner obligatoirement par le(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant**



Photographie (récente)

Nous vous remercions d'envoyer cette fiche de liaison dûment remplie, signée et accompagnée impérativement des documents demandés au maximum 2 semaines après l'inscription de l'enfant à l'adresse indiquée en signature. Pour une inscription à moins de deux semaines avant le départ, nous vous remercions de placer le dossier complet dans le bagage de votre enfant.

**ATTENTION** : n'envoyez pas d'originaux (passeport, carte d'identité, vitale, carnet de santé...) mais uniquement des photocopies. En l'absence de cette fiche correctement remplie et des documents associés l'inscription de votre enfant ne sera pas prise en compte et il **ne pourra donc pas être accueilli sur le centre.**

**Centre Séjour** \_\_\_\_\_ **du** \_\_\_\_\_ **au** \_\_\_\_\_

**NOM** \_\_\_\_\_

**Prénom** \_\_\_\_\_

**Date de naissance** \_\_\_\_\_ **Âge** \_\_\_\_\_

# 1

## Autorisation de prise en charge du mineur à l'issue du séjour

Je soussigné(e) Mr\*, Mme\* \_\_\_\_\_ Père\*, Mère\*, Tuteur\*, investi de l'autorité parentale\* ou de la garde de l'enfant mineur \_\_\_\_\_

**AUTORISE** son Père\*, Mère\*, Tuteur\*, \_\_\_\_\_ à le prendre en charge à la fin du séjour.

**AUTORISE** Mr\*, Mme\* \_\_\_\_\_ à le prendre en charge à la fin du séjour.

*\* rayer les mentions inutiles*

# 2

## Autorisation de prendre votre enfant en photo ou en vidéo

Saison Eté 2010

Je peux être amené à prendre des photographies ou des vidéos de vos enfants pendant les activités sportives ou la vie quotidienne et à les utiliser sur tous ses supports de communication sans limite ni de temps ni de lieu.

Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photographie ou en vidéo au cours de son séjour, je vous remercie de faire une lettre indiquant votre refus.

### 3 Renseignement médicaux (à remplir par les parents)

Je soussigné(e), Mme, Mr \_\_\_\_\_  
certifie que mon enfant, NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
né(e) le \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_  
est à jour de toutes les vaccinations obligatoires, et est à ce jour apte à la vie  
en collectivité.

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite), JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

**Maladies déjà contractées** (faites une croix dans la ou les cases correspondantes)

Scarlatine  Otite  Rougeole  Rubéole  Angines  Rhumatismes

Oreillons  Coqueluche  Varicelle  Autres maladies

**L'enfant souffre-t-il d'allergies ?**

Médicamenteuses  Alimentaires  Asthme  Autres (dont régime alimentaire)  
Précisez

Allergies alimentaires

Si votre enfant est allergique à un ou plusieurs des aliments suivants susceptibles de composer nos préparations, nous vous demandons d'en informer le directeur du séjour par courrier ou courriel.

- Céréales contenant du gluten (blé, seigle, orge, avoine, épeautre, kamut ou leurs souches hybridées) et produits à base de céréales.
- Crustacés et produits à base de crustacés.
- Oeufs et produits à base d'œufs.
- Poissons et produits à base de poisson.
- Arachides et produits à base d'arachides.
- Soja et produits à base de soja.
- Lait et produits à base de lait.
- Fruits à coque (amandes, pistaches, noisettes, noix, noix de cajou, de pécan, du Brésil, de Macadamia, de Queensland, et produits à base de ces fruits).
- Céleri et produits à base de céleri.
- Moutarde et produits à base de moutarde.
- Graines de sésame et produits à base de graines de sésame.

**L'enfant mouille-t-il son lit ?**  OUI  Occasionnellement  NON

**S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?**  OUI  NON

**L'enfant suit-il actuellement un traitement ?**  OUI  NON

Si oui,

lequel \_\_\_\_\_

dans ce cas joignez l'ordonnance et les médicaments dans leurs emballages  
d'origine.

Consignes, particulières \_\_\_\_\_

Taille de l'enfant : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Pointure : \_\_\_\_\_

## 4 Cas d'urgence : accident, renvoi et retour anticipé (à remplir par les parents)

La personne à contacter en mon absence est :

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. portable \_\_\_\_\_ Tél. domicile \_\_\_\_\_ Tél. bureau \_\_\_\_\_

Si votre enfant possède un numéro de téléphone portable,  
merci d'indiquer son n° 06 \_\_\_\_\_

## 5 Autorisation de soins médicaux (à remplir par les parents)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_ Adresse Email \_\_\_\_\_

Tél. portable \_\_\_\_\_ Tél. domicile \_\_\_\_\_ Tél. bureau \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_

Adresse de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie : \_\_\_\_\_

---

**Autorise les responsables du séjour à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur :**

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

- Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancés éventuellement pour mon compte.
- J'autorise la personne mentionnée au chapitre 4 à accueillir mon enfant dans le cas d'un renvoi, si je suis empêché(e).
- Je certifie avoir pris connaissance du programme et des activités sportives prévues lors du séjour.

**- Je certifie avoir pris connaissance de toutes les clauses des conditions générales d'inscription et d'assurance.**

Je déclare exacts et sincères tous les renseignements portés au recto et au verso de la présente fiche de liaison.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature** (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")

(Ce document sera conservé sur à l'issue du séjour et sera détruit 6 mois après.)

**Merci de joindre à cette fiche les documents suivants :**

- Une photocopie de la carte d'assuré social des parents ainsi qu'une copie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou la carte européenne de sécurité sociale fournie par votre agence ainsi que le nom de votre mutuelle.
- Dans le cas où vous bénéficiez de la Couverture Maladie Universelle (CMU), veuillez joindre une copie du document l'attestant.
- Une photocopie des pages vaccinations du carnet de santé ou document étranger équivalent.
- Un chèque d'acompte de 50 % du montant total du stage libellé à l'ordre d'Hervé Goddard.

Hervé GODDARD

Membre



48, rue de Noncienne  
78830 BULLION

GSM : 06 09 10 03 41

FAX : 01 30 88 42 41

Mail : goddardherve@aol.com

SITES WEB :

Cours et stages : [www.progolf3d.fr](http://www.progolf3d.fr)

Cours à domicile : [www.golfadom.com](http://www.golfadom.com)

Organisation d'événements : [www.golf3d.fr](http://www.golf3d.fr)