



**Il est impératif de remplir tous les champs du formulaire.
La garantie de la place ne sera accordée qu'aux dossiers complets.**

Réservé à l'Espace Feel – Dossier n°.....

Date d'inscription :/...../.....

FUTUROSCOPE 2025

| | |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|
| NOM : | Date de naissance : |
| PRENOM : | École : |
| <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon | |
| Adresse : | |

1. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Adresse des parents pendant le séjour :

.....
.....

Tél. domicile : Travail : Portable :

Nom et tél. du médecin traitant :

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant a-t-il un PAI ? Oui Non Précisez :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

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

Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

3. RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou toutes difficultés de santé. Si vous n'avez pas de recommandation merci d'indiquer la mention « néant »

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.

Date :

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Par délégation : lien avec l'enfant.

Nom :

Prénom :

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :