

FICHE D'INSCRIPTION SÉJOUR NATURE & VOLCANS

Photo

du lundi 08 au vendredi 19 juillet 2024

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _

Sexe : Fille Garçon

RESPONSABLE(S) LÉGAL(LÉGAUX) DE L'ENFANT

Nom(s) et Prénom(s) : _____

Adresse complète : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Portable 1 : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Portable 2 : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Téléphone fixe : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Adresse électronique : _____@_____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si différent du responsable légal) :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ **Téléphone fixe :** _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE (joindre obligatoirement l'attestation valable pour l'année en cours)

NOM de votre assurance : _____

N° sociétaire : _____

Adresse de l'assurance : _____

Téléphone : __ / __ / __ / __ / __

FAX : __ / __ / __ / __ / __

Je soussigné(e) _____,
responsable de l'enfant _____,

déclare avoir pris connaissance, et être en accord, avec les règles de vie, ainsi que des intentions éducatives, du séjour NATURE & VOLCANS qui se déroulera du lundi 08 au vendredi 19 juillet 2024 dans la MAISON D'ACCUEIL ST-JOSEPH à TAUVES (63 690).

AUTORISATIONS PARENTALES

- J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées et à utiliser les moyens de transports mis à disposition dans ce cadre (trottinette, train, car, minibus, voiture, etc.).
- J'autorise l'équipe pédagogique à photographier ou à filmer, mon enfant, dans le cadre du séjour proposé, puis la diffusion de ces épreuves (films ou photos) **au sein de la structure, sur le BLOG (avec accès privé) de l'association.**
- J'autorise l'équipe pédagogique à photographier ou à filmer, mon enfant, dans le cadre du séjour proposé, puis la diffusion de ces épreuves (films ou photos) via les outils de **communication externe de l'association (site web, plaquettes, Facebook, journal...).**

REMARQUES DE LA FAMILLE : _____

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR :

- La fiche sanitaire de liaison jointe (ATTENTION : 1 FICHE PAR ENFANT)
- La photocopie de l'attestation d'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE (pour l'année scolaire 2023-2024)

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

**Signature des responsables légaux,
précédée de la mention « lu et approuvé »**



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

RÉGIME ALIMENTAIRE (Sans porc, végétarien, autre...):

.....

.....

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

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