

DOSSIER D'INSCRIPTION VACANCES LOISIRS

Nom du projet : Vacances loisirs

Dates : 15 juillet – 26 juillet

PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M F

Taille :

Poids :

Pointure :

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère :

Père :

Adresse :

Adresse :

Téléphone dom. :

Téléphone dom. :

Téléphone port. :

Téléphone port. :

E-mail :

E-mail :

Situation familiale des parents : Mariés Vie maritale Veuf/Veuve
 Divorcés Séparés Célibataire

Responsable légal procédant à l'inscription : Mère Père

Autre (préciser) :

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'équipe d'encadrement et d'animation à procéder à la prise de photos et de vidéos durant le séjour de vacances à des fins de diffusion sur tout support de communication

Oui Non

DIVERS

J'autorise mon enfant à rentrer seul-e au domicile fin de journée :

Oui Non

Si non, souhaitez-vous vous faire représenter par une tierce personne pour récupérer votre enfant, merci de préciser le nom de la personne venant le chercher (nom, prénom, lien avec l'enfant, téléphone)

N.B. : le-la représentant-e du séjour est habilité-e à demander de justifier de son identité à toute personne qui vient chercher l'enfant.

RÈGLEMENT

Cadre réservé à l'administration

Dossier déposé le :

Agent récipiendaire :

Je règle la totalité de la somme due par : Chèque Espèces

FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires:

diphtérie :	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Dernier rappel	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Tétanos :	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Dernier rappel	<input style="width: 95%;" type="text"/>
poliomyélite :	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Dernier rappel	<input style="width: 95%;" type="text"/>
ou DT polio :	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Dernier rappel	<input style="width: 95%;" type="text"/>
ou Tétracoq :	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Dernier rappel	<input style="width: 95%;" type="text"/>
B.C.G. :	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Dernier rappel	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Vaccins recommandés

Hépatite B :	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Date	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Rubéole :	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Date	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Coqueluche :	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Date	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Autre (préciser) :

** joindre obligatoirement la copie des pages de vaccination*

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ? 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.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Oui
<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Oui	
<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Non	

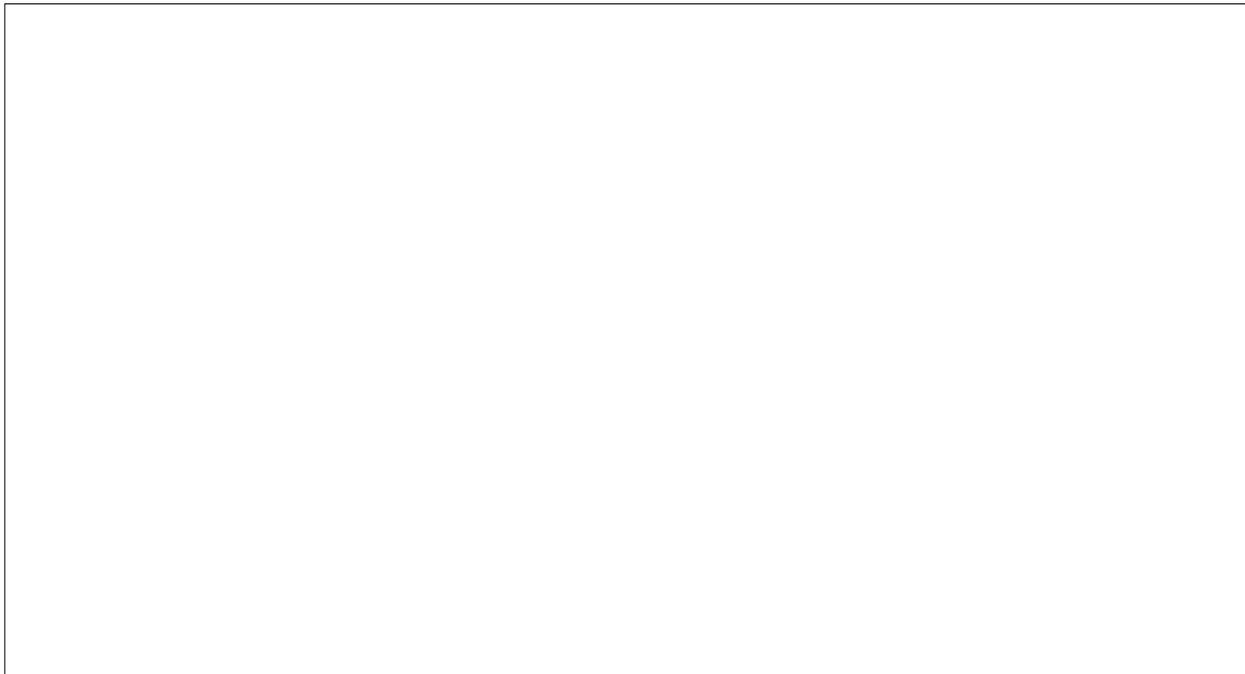
Allergies : Médicamenteuses : Oui Non

Alimentaires : Oui Non

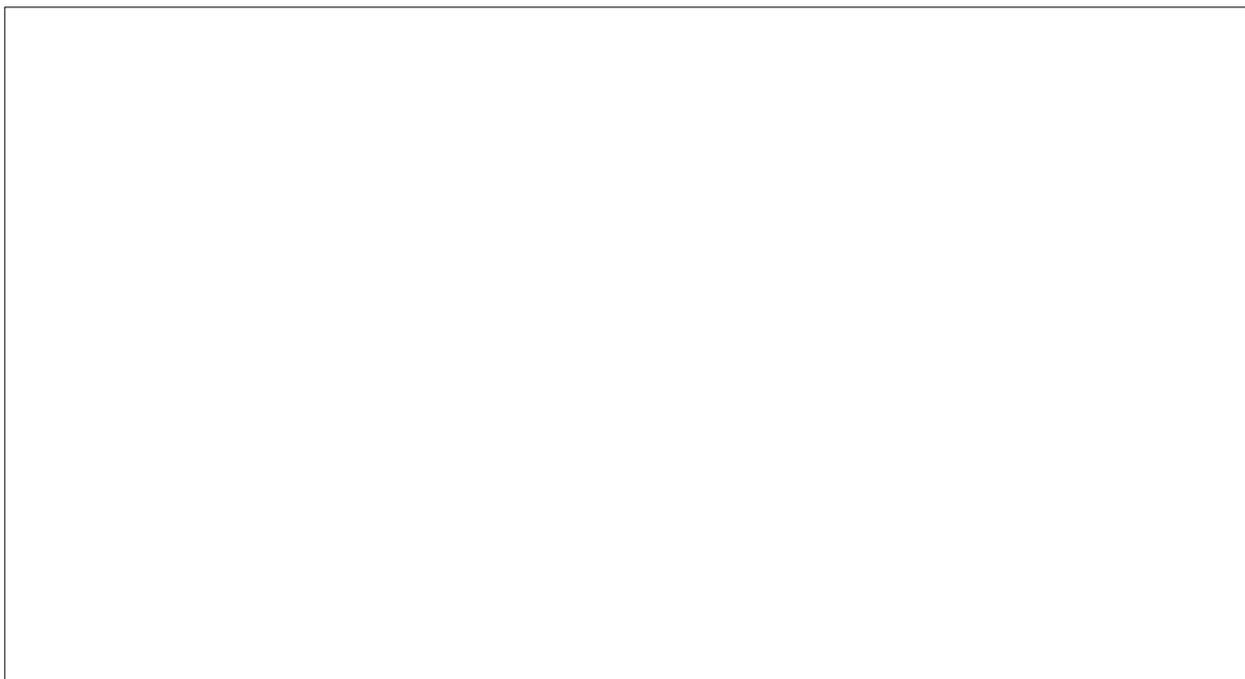
Asthme : Oui Non

Autres (préciser) :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :



Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :



RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... :

Je soussigné-e, responsable légal de l'enfant

, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le-la responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je certifie, ainsi que mon enfant, avoir pris connaissance de la charte des séjours et déclarons l'accepter.

Fait à

Signature du-de la participant-e

Le

Signature du responsable

Documents à fournir

Documents

- Certificats médicaux à la pratique de certaines activités physiques
- Attestation sécurité sociale
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Test d'aisance aquatique (si l'enfant ne l'a pas, un test d'aisance sera proposé par le service jeunesse le jour de la sortie aquatique)