



Babeaux-Bouldoux, 34360 Saint-Chinian

COLONIE DE VACANCES



La solidarité en action



DOSSIER INSCRIPTION

NOM DE L'ENFANT : SEXE : F M

PRENOM DE L'ENFANT :

AGE : DATE DE NAISSANCE :

ETABLISSEMENT SCOLAIRE : CLASSE :

L'ENFANT SAIT-IL NAGER ? OUI NON

SEJOUR : <input type="checkbox"/> ECO AVENTURIER ET EQUITATION <input type="checkbox"/> MA PREMIERE COLO A LA FERME
--

DATES :

TRANSPORT :	ASSURES PAR LES PARENTS : ALLER <input type="checkbox"/> RETOUR <input type="checkbox"/>	BEZIERS : ALLER <input type="checkbox"/> RETOUR <input type="checkbox"/>	MONTPELLIER : ALLER <input type="checkbox"/> RETOUR <input type="checkbox"/>
--------------------	--	--	--

Je soussigné, père, mère, tuteur, responsable de l'enfant :
 autorise les personnes désignées ci-après à récupérer mon enfant le jour du retour (si différente du responsable légal)
 Nom et numéro de téléphone :

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

RESPONSABLE LEGAL : PERE MERE TUTEUR ASSISTANTE FAMILIALE MECS

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

TEL DOMICILE : MAIL :

PORTABLE MERE : PORTABLE PÈRE :

ASSURANCE MALADIE : NUMERO DE SECURITE SOCIAL :

NUMERO D'ALLOCATAIRE : DEPARTEMENT CAISSE ALLOCATAIRE :

BENEFICIEZ VOUS DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ? OUI NON

Joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation CMU

A QUI TELEPHONER PENDANT LE SEJOUR ?

NOM, PRENOM : TELEPHONE :

FICHE SANITAIRE

NOM DE L'ENFANT : _____ SEXE : F M
PRENOM DE L'ENFANT : _____ AGE : _____

VACCINATIONS : Joindre la copie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant

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

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

RUBEOLE : OUI NON **ANGINE :** OUI NON **COQUELUCHE :** OUI NON
VARICELLE : OUI NON **OTITE :** OUI NON **OREILLONS :** OUI NON
SCARLATINE : OUI NON **ROUGEOLE :** OUI NON **RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU :** OUI NON

ALLERGIES :

ASTHME : OUI NON **MEDICAMENTEUSES :** OUI NON

ALIMENTAIRE : OUI NON **AUTRES :**

Merci de nous préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, à signaler) :

RÉGIME ALIMENTAIRE :

STANDARD : SANS VIANDE : SANS PORC :
PAI : (Merci de fournir celui-ci au dossier)

LA SANTE:

Merci de nous indiquer ci-dessous, les difficultés de santé (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération rééducation...) en nous précisant les précautions à prendre :

TRAITEMENT :

Votre enfant prends-t-il un traitement durant le séjour ?

Merci de bien vouloir communiquer les médicaments et l'ordonnance (obligatoire) à un adulte (convoyage ou sur place)

OUI NON

Votre enfant porte -il des lunettes (fournir un étui), des prothèses auditives ou dentaire, ect ... :

Votre enfant mouille t-il son lit ? OUI NON

Votre fille est-elle réglée OUI NON

RECOMMANDATIONS DES PARENTS (Caractère, sommeil, ou toute autre information utile)

Je soussigné, père, mère, tuteur, responsable de l'enfant, déclare :

Avoir pris connaissance et accepté les conditions générales de vente et les modalités d'inscription;

Autorise l'enfant à participer à toutes les activités du centre et aux sorties éducatives et de loisirs ;

Autorise les responsables du centre à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toute mesure d'urgence prescrite par le médecin ;

M'engage à payer la part des frais du séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels;

Prendre en charge les frais dus à un retour éventuel en cas de renvoi pour raison d'inadaptation et renoncer à toute demande de remboursement de frais de séjours ;

Autorise le centre à faire des photos de l'enfant et à les exploiter :

Pour le Blog :

OUI NON

Pour les moyens de communication des PEP :

OUI NON

DATE :

SIGNATURE :