



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 :

ECO AVENTURIER

SENSATION QUAD

SENSATION EQUITATION

### DATES :

### TRANSPORT :

ASSURES PAR LES PARENTS :

ALLER

RETOUR

BEZIERS :

ALLER

RETOUR

MONTPELLIER :

ALLER

RETOUR

### 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 :