

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.

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

Régime alimentaire :

..... Sans porc Sans viande Autres (préciser) :

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

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



Dossier d'inscription

SKI 2014

SEJOUR du _____ Au _____

NOM de l'ENFANT: _____

PRENOM : _____

Né(e) le : / /

RESPONSABLES LEGAUX

Nom, prénom _____

Adresse _____

Tél. domicile : _____

Tél. Portable : _____

Courriel @ : _____

Situation familiale : _____ Autorité parentale : oui non

PERSONNES AUTORISEES A VENIR PRENDRE VOTRE ENFANT EN FIN DE SEJOUR

Nom, prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ commune : _____

Tél. Domicile : _____ Tél. Portable : _____

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Organisme CAF : _____ Quotient CAF : _____

N° de sécurité sociale : _____

Régime général Régime particulier (SNCF,RATP, MSA) :

N° d'allocataire CAF : _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Nom, prénom: _____ autorise :

- Mon enfant à participer aux activités proposées durant le séjour organisé par le GOLFA
- Les personnes citées ci-dessus à venir chercher mon (es) enfant(s) en fin de séjour
- L'équipe d'animation à photographier mon(es) enfant(s) et à publier ces photos sur différents supports (journaux, cdérom, site web)
- Mon enfant à rentrer seul en fin de séjour (+ de 12 ans uniquement)
- Le Directeur du séjour :
- A se conformer à toutes les décisions du Médecin concernant les soins d'urgence à donner à l'enfant.
- A prendre les dispositions nécessaires si son comportement s'avérait incompatible avec les règles de fonctionnement du séjour.

Fait à : _____ le _____

Signature du responsable de l'enfant

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

- Fiche d'inscription et fiche sanitaire complétée et signée
- Copie des vaccinations
- Certificat médical de non contagiosité et d'aptitude à la pratique de l'activité
- A-compte obligatoire de 100 € pour l'inscription

Si vous bénéficiez d'aides, nous fournir également :

Bon caf, imprimé du Conseil Général, imprimé CE, attestation RSA Socle et RSA majoré

TOUT SEJOUR DEVRA ETRE ENTIEREMENT SOLDE AVANT LE DEPART.

INFORMATION IMPORTANTE

Notre association se réfère à l'enseignement public, elle ne tolère pas de signes religieux apparents, ni de régime alimentaire particulier à la religion (sauf viande de porc) au sein de ses activités et de son accueil.

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-Croquilles-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	NON	VARICELLE	oui	NON
COQUELUCHE	oui	NON	OTTITE	oui	NON
ANGINE	oui	NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	oui	NON
SCARLATINE	oui	NON	ORREILLONS	oui	NON

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)

