

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

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

Espérance 01 84 98 3000



Dossier d'inscription séjour SKI

Au Collet d'Allevard

Du LUNDI 9 au SAMEDI 14 FEVRIER 2015

Option SURF
(8-16 ans)

6-12 ANS

11-16 ANS

NOM de l'ENFANT:

PRENOM :

Né(e) le : / /

AGE :

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

N° allocataire CAF : Quotient CAF :

N° de sécurité sociale :

Régime général

Régime particulier (SNCF,RATP, MSA) :

AUTORISATION PARENTALE

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

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

OUI NON

Fait à : _____ le _____

Signature du responsable de l'enfant

TOUT SEJOUR DEVRA ETRE ENTIEREMENT SOLDE AVANT LE 30 JANVIER 2015

INFORMATION IMPORTANTE

Notre association se réfère à l'enseignement public, elle ne tolère pas de signes religieux apparents, ni de régime alimentaire particulier relatif 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-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)

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