



Dossier d'inscription centre de vacances

Photo
obligatoire

Nom du séjour : _____ du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Le participant	Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon né(e) le ____ / ____ / ____ à _____ Nationalité : _____ Enfant scolarisé en classe de : _____ Etablissement scolaire : _____ Observation relative à l'enfant à destination du directeur du centre : _____	
Lieu de vie de l'enfant	L'enfant vit : <input type="checkbox"/> chez son père/sa mère (entourer) <input type="checkbox"/> en famille d'accueil <input type="checkbox"/> en Maison d'enfants <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nom et adresse: _____ N° de tél: _____ Mail: _____ Souhaitez-vous recevoir les convocations au départ à cette adresse ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non En début de séjour, l'enfant sera amené par : _____ N° de tél : _____ En fin de séjour, qui est autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> Son Père <input type="checkbox"/> Sa Mère <input type="checkbox"/> Sa famille d'accueil <input type="checkbox"/> Un éducateur <input type="checkbox"/> Une autre famille d'accueil du département <input type="checkbox"/> Autres : _____ N° de tél des personnes concernées : _____	
Responsable légal de l'enfant	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Nom, prénom : _____ Nom, prénom : _____ Adresse : _____ Adresse : _____ Tel : _____ Tel : _____	
Infos diverses	Nom de l'assurance RC de l'enfant : _____ N° de police : _____ Etes vous allocataire de la CAF ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non N° d'allocataire lié à l'enfant : _____ Numéro de sécurité sociale de l'enfant : _____ A-t-il la CMU ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non A qui l'enfant peut-il écrire ? <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autres (préciser l'adresse) : _____	
Autorisation parentale	<p style="text-align: center;"><u>Toute rature dans cette autorisation vaut la nullité du document et de l'inscription</u></p> Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant _____ autorise la direction du centre de vacances, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. Je m'engage à rembourser à l'organisateur les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et frais annexes dont l'avance aurait été faite pour mon enfant au plus vite. J'autorise également l'organisateur à prendre des photos et des documents vidéos de mon enfant, à les transmettre aux autres participants du séjour et à les utiliser pour la promotion de l'association. Je soussigné(e) _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés dans le présent bulletin d'inscription. J'ai été informé des conditions générales d'inscription de l'enfant. <p style="text-align: center;">Signatures (précédées de la mention manuscrite « lu et approuvé, bon pour autorisation parentale »)</p> A _____ le _____ Père Mère Tuteur	
Le Référent éducatif	Etablissement/service référent de l'enfant : _____ Nom du Travailleur social référent : _____ Professionnel à joindre pendant le séjour : Nom et N° de tél semaine : _____ Nom et N° de tél weekend (ou astreinte) : _____	
Pièces à joindre et validation	Ce dossier doit être retourné avec les pièces suivantes : <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire (verso) <input type="checkbox"/> Attestation CMU ou attestation de droits ET carte vitale au départ de l'enfant <input type="checkbox"/> Pour un séjour à l'étranger : Autorisation de sortie du territoire et copie recto verso de la carte nationale d'identité du signataire <input type="checkbox"/> Attestation de prise en charge financière et acompte ou règlement complet	Si suivi socio-éducatif signature d'un responsable pour validation du dossier :



1 - ENFANT

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

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
Diphthérie				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	VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ		SCARLATINE	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
OUI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS		
OUI	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	
NON	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	NON	<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)

.....

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

.....

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

.....

L'ENFANT A-T-IL UN RÉGIME PARTICULIER ?

.....
