



# Dossier d'inscription centre de vacances

Photo  
obligatoire

Nom du séjour : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>Le participant</b>	Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon né(e) le ____ / ____ / ____ à _____ Nationalité : _____ Enfant scolarisé en classe de : _____ Etablissement scolaire : _____ L'enfant a-t-il une notification MDPH ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> demande en cours Observation relative à l'enfant à destination du directeur du centre : _____ _____	
<b>Lieu de vie de l'enfant</b>	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 : _____ <b>En fin de séjour, qui est autorisé à récupérer l'enfant</b> : <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 : _____ _____	
<b>Responsable légal de l'enfant</b>	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 : _____	
<b>Infos diverses</b>	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 L'enfant est autorisé à écrire à ? <input type="checkbox"/> son Père <input type="checkbox"/> sa Mère	
<b>Autorisation parentale</b>	<p style="text-align: center;"><b><u>Toute rature dans cette autorisation vaut la nullité du document et de l'inscription</u></b></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. <b>Signatures (précédées de la mention manuscrite « lu et approuvé, bon pour autorisation parentale »)</b> A _____ le _____ <b>Père</b> <span style="margin-left: 200px;"><b>Mère</b></span> <span style="margin-left: 200px;"><b>Tuteur</b></span>	
<b>Le Référent éducatif</b>	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) : _____	
<b>Pièces à joindre et validation</b>	<b>Ce dossier doit être retourné avec les pièces suivantes complétées :</b> <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire (verso) <input type="checkbox"/> Attestation CMU ou attestation de droits <b>ET carte vitale au départ de l'enfant</b> <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 et du jeune <input type="checkbox"/> Attestation de prise en charge financière et acompte ou règlement complet <input type="checkbox"/> Attestation d'aisance aquatique pour les séjours en Gironde, Vendée, Lozère	<b>Si suivi socio-éducatif signature d'un responsable pour validation du dossier :</b> _____



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				Copeluche	
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		SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
			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)

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 ?