

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

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



48, avenue Victor HUGO
92220 BAGNEUX
Tél. : 01 46 38 80 60
Fax : 01 46 44 75 06
Email : ass.regards@wanadoo.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION
(Remplir entièrement et lisiblement le dossier, ne pas oublier de signer les versos du dossier et de la fiche sanitaire)

Photo du participant

SEJOUR :
Dates :
CE, Mairie, Individuel, ... :

1. LE PARTICIPANT :

NOM :
Prénom :
Date de naissance : Sexe :

Indications obligatoires pour les séjours ski :

Taille (en m) : Pointure :
Niveau : Non pratiqué Débutant Moyen Confirmé
Si option proposée : Ski ou Surf : (Droitier / Gaucher)

2. LE(S) RESPONSABLE(S) DU PARTICIPANT : (cocher la case correspondante)

Nom, Prénom du père :
Tél. : Domicile : Bureau :
Portable : / Profession :

Nom, Prénom de la mère :
Tél. : Domicile : Bureau :
Portable : / Profession :

Nom, Prénom du tuteur :
Tél. : Domicile : Bureau :
Portable : / Profession :

Situation familiale : Marié(e) Divorcé(e)
 Célibataire Autres :

ADRESSE DU PARTICIPANT ET DU RESPONSABLE DE L'ENFANT :

.....
.....
Code Postal : Ville :

OÙ VOUS JOINDRE PENDANT LE SEJOUR :

Adresse :
.....
Code Postal : Ville :
Tél. : /

3. RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES SUR LE PARTICIPANT

(renseignements familiaux, contre-indications alimentaires, etc.) :

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

4. AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné (nom et prénom)
..... responsable légal de l'enfant, certifie avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription au séjour retenu et déclare les accepter.

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier d'inscription et que le participant ne présente aucune contre indication (médicale ou sociale) à la vie en collectivité.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités, notamment les randonnées, le camping, les activités nautiques (kayak, voile, ...), les bains de mer et de rivière, les sports collectifs et individuels organisés par l'association.

Je m'engage à rembourser à Regards les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et frais annexes, dont l'avance aurait été faite à mon enfant.

L'association Regards n'est pas responsable en cas de perte ou de vol d'objets personnels dans ses centres de vacances.

J'autorise l'association Regards à utiliser, dans le cadre exclusif de ses brochures, une photo sur laquelle apparaît mon enfant.

DATE : SIGNATURE :

5. ENGAGEMENT DU PARTICIPANT :

Je soussigné (nom, prénom)
..... déclare accepter de me conformer aux règles de vie des centres de vacances (participation aux activités, respect du matériel, des responsables et des familles d'accueil, etc.).

DATE : SIGNATURE



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

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)

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