

INFORMATIONS DE L'INSCRIPTION

ENFANT

Nom **Prénom**
Sexe Fille Garçon Né(e) le Âge ans
En situation de handicap Oui Non Si oui, préciser

FAMILLE (RESPONSABLE LÉGAL)

Nom		Prénom
Adresse		Complément
Code postal	Localité	
Téléphone fixe	Portable 1	Portable 2
Email		

SÉJOUR

Centre
Nom du séjour
Dates de séjour
Ville de départ/retour

AUTRES CONTACTS À JOINDRE SI BESOIN DURANT LE SÉJOUR

Contact n°1
Contact n°2
Contact n°3

TRAJET RETOUR ET AUTORISATION DE RÉCUPÉRATION

Seul le responsable légal est habilité à récupérer l'enfant lors du retour

Dans le cas où une autre personne venait le chercher,
merci de l'indiquer en remplissant les champs suivants

Nom

Prénom

Téléphone

Lien avec l'enfant

Notez que le représentant du séjour est habilité à demander de justifier de son identité à toute personne qui vient chercher l'enfant.

Autorisez votre enfant à quitter seul le groupe ?

Oui Non

Si oui, merci de préciser à quel moment :

- depuis le centre
 - en cours de trajet
 - au point de rendez-vous de la convocation

Note sur les dispositions légales relatives à la gestion des données personnelles (RGPD)

Les informations à caractère personnel que l'Association recueille et seraient :

Utilisées légalement, de manière appropriée et transparente et dans le respect du droit des personnes, des libertés individuelles et collectives ; Recueillies et traitées que pour un usage déterminé et légitime, correspondant aux missions de l'Association responsable du traitement ; Pertinentes, adéquates et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées ;
Précises et mises à jour.

reçues et mises à jour afin de s'assurer de leur exactitude ;
Conservées aussi longtemps que nécessaire en fonction de la finalité ;
Traitées de façon à garantir une sécurité appropriée et à éviter leur
Divulgation au moyen de mesures techniques ou organisationnelles
appropriées.

Retrouvez plus de détails en consultant notre charte d'engagement relative à la protection des données personnelles.

INFORMATIONS SANITAIRES & DE SANTÉ

Document à remplir par le responsable légal
Ajouter photocopie de carte vitale et de CMU (le cas échéant)
Placer l'ensemble des documents dans une enveloppe.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,
certifie que mon enfant, Nom _____
est à jour de toutes ses vaccinations obligatoires et est, à ce jour, apte à la vie en collectivité.
N° de Sécurité Sociale _____ Père*, Mère*, Tuteur*,
Prénom _____ Bénéficiaire CMU Oui Non

VACCINATION

Retranscrire les informations de vaccination à partir du carnet de santé ou des certifications de vaccination de l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphhtérie				Hépaptite B	
Tétanos				RoR	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				BCG	
ou Tétracoq				Autre (préciser)	
ou Pentacoq					

Joindre, sous enveloppe cachetée portant le nom de l'enfant, la copie des pages du carnet de santé relative aux vaccinations: Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication avec ce dossier. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication et est donc obligatoire.

SANTÉ

L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies ci-dessous :	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
	Rubéole		Oreillons		Angine	
	Coqueluche		Otites		Rhumatismes	
	Varicelle		Rougeole		Scarlatine	

L'enfant fait-il de l'asthme ? Oui Non Si oui dans quel cas ?

Votre enfant est-il concerné par des allergies : MEDICAMENTEUSES ALIMENTAIRES AUTRES

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre. L'enfant suit-il actuellement un traitement

Oui Non Si oui, LEQUEL ?

Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant) au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

En cas de symptômes ou de contexte laissant supposer la présence du COVID-19, consentez-vous à la réalisation d'un prélèvement pour la réalisation d'un test antigénique ou RT-PCR de dépistage de la Covid-19 ?

Oui Non

RÉGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant est-il concerné par un régime alimentaire spécifique : Oui Non

Si oui lequel ?

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

- Votre enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non Si oui, préciser
 - Si c'est une fille, est-elle réglée ? Oui Non
 - Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation....), en précisant les dates et les précautions à prendre :

• Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires : Oui Non

• Votre enfant a-t-il des difficultés de motricité, de fatigabilité, de compréhension, de comportement ou de relation sociale : Oui Non Si oui préciser.....

- Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement spécifique dans les actes de la vie quotidienne et/ou la pratique des activités en séjours vacances ? Oui Non

Si oui, préciser

• Avez-vous des recommandations d'ordre général ? Des informations sur un suivi particulier de votre enfant ?

ACTIVITES NAUTIQUES (AUTRES QUE SORTIE PISCINE)

L'enfant sait-il nager ? Oui Non

Si oui, autorisez-vous votre enfant à pratiquer les activités nautiques ? Oui Non

*non nécessaire lors des séjours automne/ hiver.

ENGAGEMENTS DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e) **[Signature]**, responsable de l'enfant

- Certifie avoir pris connaissance du programme prévu lors du séjour et autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités du centre.
 - Atteste que mon enfant est apte à la pratique des activités prévues au programme du séjour.
 - Autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant précité.
 - M'engage à rembourser à l'organisme qui gère mon dossier, l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques avancés, le cas échéant, pour mon compte.
 - Accepte toutes décisions de renvoi de mon enfant (pour inadaptation, violence, détention ou consommation d'alcool ou de stupéfiants...(liste non exhaustive)) et m'engage à le récupérer durant le séjour et sans délais si nécessaire.
 - M'engage à prendre à ma charge les frais de ce retour le cas échéant et renonce à toute demande de remboursement du séjour.
 - Déclare exacts et sincères tous les renseignements portés sur toutes les pages du dossier enfant

Fait à

le