



DOSSIER D'INSCRIPTION

PHOTO

NOM DU SEJOUR :

DATES DU SEJOUR :

INSCRIPTION : Collectivité (CE ou Mairie, précisez) :

NOM :

PRENOM :

SEXE : M ☐ / F ☐

Né(e) le :

Nationalité :

Pour les séjours ski

Pointure :

Taille :

Poids :

ski ☐ / snow ☐

Niveau : jamais pratiqué ☐ / débutant ☐ / moyen ☐ / confirmé ☐

IDENTITE DES PARENTS (OU TUTEUR LEGAL)

Autorité parentale : père ☐ / mère ☐ / tuteur ☐ Nom et prénom :

Nom et prénom de la mère :

Nom et prénom du père :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone domicile :

Portable père :

Portable mère :

Profession père :

Profession mère :

Email (à nous communiquer impérativement pour l'envoi des informations) :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE PENDANT LE SEJOUR

Nom et prénom :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

AUTORISATION PARENTALE

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 de ses supports de communication, une photo ou vidéo sur laquelle peut apparaître mon
enfant.

Date et signature :

ENGAGEMENT DU PARTICIPANT

Je soussigné (nom, prénom) _____ déclare accepter me
conformer aux règles de vie des centres de vacances (participation aux activités, respect du matériel, des responsables et des
autres participants).

Date et signature :

DOSSIER A NOUS RETOURNER A L'ADRESSE SUIVANTE

Association REGARDS – 165 Avenue Henry Ginoux – 92120 MONTROUGE

POUR TOUT RENSEIGNEMENT : 01 46 38 80 60 ou info@asso-regards.org



Code de l'action sociale et des familles

Fiche sanitaire de liaison

Enfant : ☐ fille ☐ garçon Date de naissance :
Nom : Prénom :

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au

Séjour et dates :

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.
Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant). **Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	

Allergies : médicamenteuses ☐ oui ☐ non asthme ☐ oui ☐ non
autres ☐ oui ☐ non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Régime alimentaire : Sans viande ☐ Sans porc ☐

Allergies alimentaires :

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail : portable :

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.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : Date :