



DOSSIER D'INSCRIPTION

<i>Photo d'identité</i>	NOM du participant : PRENOM : Date de naissance : .../.../..... Lieu de naissance : Âge lors du séjour : ans Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin Dates du séjour : <input type="checkbox"/> Séjour 1 <input type="checkbox"/> Séjour 2
-----------------------------	--

Renseignements concernant les parents ou représentants légaux

NOM et PRENOM du Responsable légal de l'enfant :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél: Domicile : Portable n°1 : Portable n°2 :
E-mail :@.....
N° de Sécurité Sociale :
Compagnie d'assurance : N° de contrat :
N° allocataire CAF :
Affiliation à l'un de nos partenaires : CDAS CCAS EPISOL APASE Autre :
Nom du travailleur social :

Personne à contacter en cas d'absence du tuteur légal

M. Mme :
Adresse :
Tél : Domicile : Portable :

Renseignements concernant l'enfant

L'enfant porte des lunettes : Oui Non
L'enfant sait-il nager ? Oui Non
L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier : Oui Non



Mentions légales

Je soussigné(e), père, mère, tuteur, autorise mon fils, ma fille, à participer au séjour organisé par Crions d'Couleurs et de participer aux activités programmées. Je certifie avoir pris connaissance du règlement et des modalités financières exposés ci-après.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, Responsable légal souscrire aux conditions générales d'inscription et de fonctionnement du séjour de vacances et autoriser mon enfant à participer à toutes les activités prévues. Je déclare exactes 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 santé de l'enfant. D'autre part, je m'engage à fournir la fiche sanitaire accompagnée du dossier d'inscription.

Je soussigné(e), responsable légal de..... autorise les animateurs à utiliser, dans le cadre pédagogique (site internet, publications, reportages) des photos de mon enfant prises au cours du séjour.

Vous choisissez d'envoyer votre enfant sur le camp, il devra donc respecter les règles de sécurité et de comportement inhérentes au bon déroulement du séjour. En cas contraire, le directeur se garde le droit de renvoyer l'enfant à votre charge.

J'affirme avoir pris connaissance du règlement ci-joint.

Fait à le

(Signature du demandeur et mention « lu et approuvé »)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CENTRE SEJOUR DU / AU / /

Cette fiche doit nous être obligatoirement retournée avec le bulletin d'inscription. Ne dissociez jamais les deux documents.
Remplissez cette fiche avec le plus grand soin : elle est indispensable pour un bon suivi sanitaire.

NOM du PARTICIPANT	PRÉNOM
NÉ(E) LE / /	ÂGE : ANS POIDS : kg SEXE : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Coordonnées des parents : nom, prénom, adresse :	
Tél. bur. [.....] Tél. dom. [.....]	

1
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
DT polio				Hépatite B	
Ou Tétracoq				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Coqueluche	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'est pas vacciné, pour quelles raisons ?
Joindre le certificat médical de contre-indication (attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

2
SÉRUMS

ANTI-TÉTANIQUE Date de la dernière injection : ... / ... / ...
AUTRES : (indiquez la nature et la date)

3
MALADIES
ALLERGIES

L'enfant a-t-il déjà eu : RUBÉOLE : OUI NON VARICELLE : OUI NON
 ANGINES : OUI NON RHUMATISMES : OUI NON SCARLATINE : OUI NON
 OTITES : OUI NON COQUELUCHE : OUI NON ROUGEOLE : OUI NON
 AUTRES : OREILLONS : OUI NON CONVULSIONS : OUI NON

ALLERGIES : OUI NON - SANS PORC OUI NON

ASTHME : OUI NON ALIMENTAIRES : OUI NON MÉDICAMENTEUSES : OUI NON AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si l'enfant a l'habitude de prendre lui-même ses médicaments, le signaler)

4
INTERVENTIONS
CHIRURGICALES ET
HOSPITALISATIONS

APPENDICITE : OUI NON AUTRES OPÉRATIONS
 RÉÉDUCATION
 HOSPITALISATIONS (Dates et motifs)

5
ÉTAT DE SANTÉ
DE L'ENFANT

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? RÉGULIÈREMENT : OUI NON OCCASIONNELLEMENT : OUI NON

Dans l'affirmative, ajouter au trousseau : 1 alaise et 2 pyjamas supplémentaires.

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée : OUI NON RÉGULIÈREMENT : OUI NON

Urines : Albumine : OUI NON Sucre : OUI NON

L'enfant suit-il un traitement ? OUI NON Si oui, lequel

DEVRA-T-IL SUIVRE UN TRAITEMENT 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 VIENDRA-T-IL AU CENTRE AVEC :

- UNE PROTHÈSE DENTAIRE : OUI NON Quand doit-il la porter ?

- DES LUNETTES : OUI NON Quand doit-il les porter ?

- Autres

6
RECOMMANDATIONS
DES PARENTS

Ces renseignements sont strictement confidentiels. N'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant, pendant son séjour :

Je déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire.

Je laisse toute latitude au Directeur du séjour de faire pratiquer, sur décision du corps médical, tout traitement ou intervention chirurgicale rendus nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
 J'autorise mon fils, ma fille à rentrer ou sortir de l'établissement médical (hôpital, clinique ou autre) avec le responsable accompagnant de l'encadrement du centre de vacances.

A Le
Signature obligatoire
précédée de la mention "Lu et Approuvé"

IMPORTANT : Ne remettez jamais à votre enfant l'original du carnet de santé. Si vous le jugez utile, joignez-en une copie à la présente fiche sanitaire.



PIECES A FOURNIR

- Le Dossier rempli et signé

- Brevet aquatique de non panique (à passer à la piscine municipale. Si votre enfant est déjà parti en colonie de vacances avec Crions d'Couleurs, **il n'y a pas besoin de le repasser** : Crions d'Couleurs les a toujours en sa possession)

- Le certificat de non-contre indication à la vie en collectivité (à passer **chez le médecin**. Attention, ce certificat n'est valable que 3 mois, il n'est donc pas nécessaire de l'envoyer avant le mois de juin)

- Un chèque de € (*à compléter*), à l'ordre de l'Association Crions d'Couleurs. Veuillez, s'il vous plaît, indiquer au dos de chacun des chèques la date d'encaissement souhaitée (sans date indiquée, Crions d'Couleurs se réserve le droit d'encaisser le chèque à sa convenance).

- Paiement en liquide
- Paiement par virement bancaire (*merci de demander le RIB de l'association et de préciser l'objet de la transaction*)

- Je souhaite payer en fois (*précisez le nombre de chèque*)