

**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.

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

Régime alimentaire :

Sans porc

Sans viande

Autres (préciser) : .....

**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**

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

Espérance 01 84 98 3000



# Dossier d'inscription séjour SKI

**Au Collet d'Allevard**

**Du LUNDI 9 au SAMEDI 14 FEVRIER 2015**

**Option SURF**   
*(8-16 ans)*

6-12 ANS

11-16 ANS

**NOM de l'ENFANT:** .....

**PRENOM :** .....

**Né(e) le :** ..... / ..... / .....

**AGE :** .....

**RESPONSABLES LEGAUX**

Nom, prénom .....

Adresse .....

Tél. domicile : .....

Tél. Portable : .....

Courriel @ : .....

Situation familiale : ..... Autorité parentale : oui non

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR PRENDRE VOTRE ENFANT EN FIN DE SEJOUR**

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... commune : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. Portable : .....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

N° allocataire CAF : ..... Quotient CAF : .....

N° de sécurité sociale : .....

Régime général

Régime particulier (SNCF,RATP, MSA) :

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Nom, prénom: \_\_\_\_\_ autorise :

- Mon enfant à participer aux activités proposées durant le séjour organisé par le GOLA
- Les personnes citées ci-avant à venir chercher mon enfant en fin de séjour
- L'équipe d'animation à photographier mon enfant et à publier ces photos sur différents supports ( journaux, CD-rom, site web)
- Le Directeur du séjour : M. Michel GUERIN
  - à se conformer à toutes les décisions du médecin concernant les soins d'urgence à donner à mon enfant.
  - à prendre les dispositions nécessaires si son comportement s'avérait incompatible avec les règles de fonctionnement du séjour.
- Mon enfant à rentrer seul en fin de séjour (+ de 12 ans uniquement)

OUI  NON

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature du responsable de l'enfant**

**TOUT SEJOUR DEVRA ETRE ENTIEREMENT SOLDE AVANT LE 30 JANVIER 2015**

### INFORMATION IMPORTANTE

Notre association se réfère à l'enseignement public, elle ne tolère pas de signes religieux apparents, ni de régime alimentaire particulier relatif à la religion (sauf viande de porc ) au sein de ses activités et de son accueil.



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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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)

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