PHOTO

DOSSIER D'INSCRIPTION

Séjour à Paris 2025

Nom du projet : Séjour à Paris

Dates : du lundi 21 juillet 2025 au vendredi 25 juillet 2025.

PARTICIPANT :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe : **M** ❑/ **F** ❑

Taille : ..... **Poids** : ..... **Pointure** : .....

RESPONSABLES LEGAUX :

Mère : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone dom. : .....

Téléphone port. : .....

Email : .....

Père : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone dom. : .....

Téléphone port. : .....

Email : .....

Situation familiale des parents : ❑ Mariés ❑ Vie maritale ❑Veuf/Veuve ❑Divorcés ❑ Séparés ❑Célibataire

Responsable légal procédant à l'inscription : ❑ Mère ❑ Père ❑ Autre (préciser) : .....

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'équipe d'encadrement et d'animation à procéder à la prise de photos et de vidéos durant le séjour de vacances à des fins de diffusion sur tout support de communication :
❑ Oui ❑ Non

DIVERS

J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) au domicile à son arrivée à Cenon :
❑ Oui ❑ Non

Si vous souhaitez vous faire représenter par une tierce personne lors du retour de votre enfant, merci de préciser le nom de la personne venant le chercher (nom, prénom, lien avec l'enfant, téléphone)
……
……

N.B. : le-la représentant-e du séjour est habilité-e à demander de justifier de son identité à toute personne qui vient chercher l'enfant.

REGLEMENT

Je règle la totalité de la somme due par : ❑ Chèque ou ❑ Espèce

Cadre réservé à l'administration

Dossier déposé le : ……
Agent récipiendaire : ……

FICHE SANITAIRE
SEJOURS DE VACANCES

VACCINATIONS

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 obligatoirement la copie des pages de vaccination.*

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ? ❑ Oui ❑ Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boites 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 Alimentaires ❑ Oui ❑ Non Asthme ❑ Oui ❑ Non
Autres ❑ Oui ❑ Non (préciser .....)

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 :
……
……
……

RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc… :

……
……
……

Régime alimentaire : Sans viande ❑ Sans porc ❑ Autres ❑ (préciser .....)

L'enfant a-t-il des affinités avec un-e autre participant-e :

……
……
……

Je soussigné-e,..... responsable légal de l'enfant… ..... , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le-la responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je certifie, ainsi que mon enfant, avoir pris connaissance de la charte des séjours et déclarons l'accepter.

Fait à_____Le_____/_____/_____

Signature du-de la participant-e *Signature du responsable*