



FICHE D'INSCRIPTION ET FICHE SANITAIRE

Le séjour

Nom du client : Ville de Lillemonde
Séjour et dates : Caecum Nabisa du 6/07/2019 au 19/07/2019

Photo à coller
ou à agrafier

Formalités ~~Pour les séjours à l'étranger : Dans les pays de la CEE, la carte d'identité en cours de validité ou le passeport ainsi que la Carte Européenne d'Assurance Maladie au nom du participant sont obligatoires. Dans les autres pays le passeport est impératif. De plus, depuis le 15/01/17, pour tout séjour à l'étranger, un formulaire d'autorisation de sortie de territoire signé par l'un des parents titulaires de l'autorité parentale doit être fourni, accompagné d'une photocopie du titre d'identité du parent signataire. Pour les voyages en avion ou en bateau, même en France, la carte nationale d'identité en cours de validité est obligatoire à l'embarquement (copie à joindre au dossier – nécessaire à la réservation nominative des billets).~~

Le participant

Nom: _____ Prénom : _____
Sexe : F M Date de naissance : ____ / ____ / ____ Nationalité : _____
L'enfant a-t-il des affinités avec d'autres participants du séjour (souhait d'intégrer une même chambre ou un même groupe d'activité – le directeur en tiendra compte dans la mesure du possible) ? OUI NON
Si oui, préciser (NOM, Prénom) : _____

A compléter obligatoirement pour les séjours sports d'hiver :

~~Niveau de ski : Débutant Flocon 1^{ère} étoile 2^{ème} étoile 3^{ème} étoile supérieur : _____
Taille : _____ cm - Poids : _____ kg - Pointure : _____ - Groupe sanguin (facultatif) : _____~~

Le responsable légal du participant

Père Mère Autre : _____
Nom: _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
☎ Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ ☎ Travail père : ____ / ____ / ____ / ____ ☎ Travail mère : ____ / ____ / ____ / ____
☎ Portable père : ____ / ____ / ____ / ____ ☎ Portable mère : ____ / ____ / ____ / ____
@ Adresse Mail : _____ @ _____

Numéro de sécurité sociale :

Centre payeur (adresse) : _____
L'enfant bénéficie-t-il de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ? Oui Non
Si oui joindre **obligatoirement** une photocopie de l'attestation CMU en cours de validité pendant toute la durée du séjour.

Personne à contacter en cas d'absence des parents ou si ceux-ci ne sont pas joignables pendant le séjour (facultatif) :

Monsieur Madame _____ Lien de parenté avec l'enfant : _____
Adresse: _____
Code postal : _____ Ville : _____
☎ Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ ☎ Professionnel : ____ / ____ / ____ / ____ ☎ Portable : ____ / ____ / ____ / ____

Renseignements sanitaires concernant le participant

VACCINATIONS compléter ci-dessous (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) ou joindre une copie du carnet de vaccination ou carnet de santé à jour. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	Hépatite B	_____
Tétanos <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	Rubéole-Oreillons-Rougeole	_____
Poliomyélite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	Coqueluche	_____
Ou DT Polio <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	Autres (préciser) _____	_____
Ou Tétracocq <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	_____

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

ANGINES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISMES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
OTITES : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	COQUELUCHE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ASTHME : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	CONVULSIONS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
RUBEOLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente (de préférence informatisée pour éviter toute confusion possible avec une ordonnance manuscrite) 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES

ASTHME : Oui Non MEDICAMENTEUSES : Oui Non ALIMENTAIRES* : Oui Non

AUTRES : _____

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

*Pour les allergies spécifiques, un document de prévention de ces allergies vous sera transmis afin de prendre en charge au mieux l'allergie de l'enfant.

REGIME ALIMENTAIRE pas de régime particulier Sans porc Sans viande Autre : _____

LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation...). Précisez les dates et les précautions à prendre : _____

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez : _____

L'enfant mouille-t-il son lit ? Régulièrement Oui Non Occasionnellement Oui Non

Dans l'affirmative, ajouter au trousseau 2 pyjamas.

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

Autorisation des parents

Je soussigné(e) Mr/Mme _____ déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier. Je déclare avoir notifié toute particularité sanitaire et/ou comportementale relative à mon enfant et j'autorise celui-ci à participer à ce séjour et d'y pratiquer les activités programmées.

J'autorise le Directeur du Centre de Vacances à faire soigner mon enfant et, en cas d'urgence, à faire pratiquer toute intervention chirurgicale nécessaire suivant les prescriptions des médecins. Par ailleurs, je m'engage à rembourser à Tootazimut les frais médicaux et pharmaceutiques nécessaires à mon enfant pendant le séjour.

~~J'autorise mon enfant à fumer (uniquement pour les jeunes de plus de 16 ans) : oui non~~

Je certifie, ainsi que mon enfant, avoir pris connaissance du règlement intérieur ci-après et déclarons l'accepter.

Fait à _____

Signature du participant

Le ____ / ____ / 20

Signature du responsable légal