

Accueil de loisirs séjour neige de Prouvy 2020

DOSSIER D'INSCRIPTION AU SÉJOUR NEIGE - AVRIL 2020

TRANCHE D'ÂGE : 10-11 ANS (2009/2010)

Tout dossier incomplet ne sera pas accepté

Nom : Prénom :

né(e) le : à

INFORMATION FAMILLE

Responsable légal

Nom - prénom :

N° /Rue/voie :

Code Postal : □□□□□ Ville :

Tél. domicile : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Mobile : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

E-mail :@.....

Situation d'urgence :

Qui prévenir en priorité ?

Nom - prénom :

Tél. domicile : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Conjoint

Nom - prénom :

N° /Rue/voie* :

Code Postal* : □□□□□ Ville* :

Tél. domicile* : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Mobile : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

E-mail :@.....

Situation d'urgence :

Qui prévenir en priorité ?

Nom - prénom* :

Tél. domicile* : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

**à remplir si différent du responsable légal de l'enfant*

INSCRIPTION

Dates de séjour

du 14/04/2020 au 23/04/2020

Quotient Familial Prouvysiens et extérieurs scolarisés à Prouvy :

de 0 à 302 €

de 303 à 465 €

plus de 465 €

CCAS

extérieur scolarisé à Prouvy

Nombre d'enfants inscrits au centre : _ _ _ _

* **Quotient familial** : ressources mensuelles du foyer, diminuées du loyer, divisées par le nombre de personnes au foyer. Ces justificatifs sont à fournir le jour de l'inscription.

INFORMATION ENFANT

Nom : Prénom :

Sexe : Garçon Fille

Etablissement /école fréquenté(e) ?

Dans quelle classe ?

OBSERVATIONS DIVERSES CONCERNANT L'ENFANT

.....

.....

.....

.....

.....

QUESTIONNAIRE UTILE

Est-il malade en car ?

OUI

NON

Pouvons- nous le maquiller lors d'un grand jeu ou fête organisés ?

OUI

NON

La taille de votre enfant :

— —

La pointure de votre enfant :

— —

INFORMATION SÉJOUR À LA NEIGE :

***Pour les enfants de 2009 et 2010 qui participeront au séjour,
merci de prévoir la CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ.***

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mme, M. responsable de l'enfant

Déclare autoriser son départ en centre de vacances sous les conditions fixées par les autorités organisatrices.

Droit à l'image :

Autorise la mairie de Prouvy à utiliser sur tous ses supports de communication (brochure, internet) les photos et projections vidéo de mon enfant effectuées dans le cadre de l'accueil de loisirs. Je renonce au droit à l'image et au droit de reproduction.

Il arrive parfois que des organismes de communication (presse...) demandent à effectuer des reportages sur les activités des enfants. Dans ce cas, j'autorise à utiliser sur tous supports de communication, les photos et les projections vidéo de mon enfant....effectuées dans le cadre de l'accueil de loisirs. Je renonce au droit à l'image et au droit de reproduction.

Maladie :

J'autorise le directeur du centre à prendre en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgences prescrites par le médecin, y compris éventuellement l'hospitalisation.

Fait à Le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »



1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE 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.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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)

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PARCOURANT 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES