

FICHE INSCRIPTION INDIVIDUELLE COLO 2023

Merci
de compléter
les 4 pages
du dossier

L'enfant

Melle Monsieur

(A renseigner en lettres MAJUSCULES)

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

Cocher le séjour

Le séjour

Séjours	Public		choisi
9 j. Séjour Juillet A du 10 au 18 juillet 2023	Colo 6 - 8 ans	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Colo 9 - 11 ans	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Camp 12 - 15 ans	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9 j. Séjour Juillet B du 19 au 27 juillet 2023	Colo 6 - 8 ans	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Colo 9 - 11 ans	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Camp 12 - 15 ans	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18 j. Séjour Juillet AB du 10 au 27 juillet 2023	Colo 6 - 8 ans	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Colo 9 - 11 ans	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Camp 12 - 15 ans	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9 j. Séjour Août C du 17 au 25 août 2023	Camp 12 - 15 ans	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Directement sur le centre
à Labenne-Océan

Adresse du centre
en haut à gauche de cette page

Un camp supplémentaire est organisé au mois d'août.

Les ados accueillis aux camps de juillet peuvent s'inscrire aussi pour le camp d'août mais, afin de permettre à un maximum d'enfants de participer à nos séjours, ils ne seront pas prioritaires.

N'oubliez pas de renvoyer le dossier complet

- Fiche inscription individuelle
- Fiche sanitaire de liaison complète
-



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

→ Cette fiche très importante mérite toute votre attention. Elle recueille les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant et évite de vous démunir de son carnet de santé

CENTRE ou SEJOUR : **DATES** :

I - ENFANT : NOM : Prénom :

Sexe : GARÇON FILLE Date de naissance :/...../..... Nationalité.....

II - VACCINATIONS :

- **JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DE TOUTES LES PAGES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTÉ** de l'enfant laissant apparaitre ses nom et prénom.

Vous pouvez également joindre un certificat médical qui indique que l'enfant est à jour de ses vaccinations.

- SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ Pourquoi ?.....

Joindre un certificat médical de contre-indication

III - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'ENFANT SUIVRA-T-IL UN TRAITEMENT PENDANT LE SÉJOUR ? OUI NON

Si oui, joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants au moment du départ (dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.

- L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

- | | | |
|--|---|---|
| Rubéole..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Varicelle..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 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 |
| Rougeole..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Oreillons..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Coqueluche..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Asthme..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |

- L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES : Lesquelles ? Commentaires et conduites à tenir

Pollen, graminées... Oui Non

Alimentaires..... Oui Non

Médicamenteuses... Oui Non

Autres..... Oui Non

- RÉGIME ALIMENTAIRE : oui non si oui, précisez ?

Sans porc Sans viande Végétarien

Autres, précisez :

IV - ANTECEDENTS MEDICAUX : indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...)

/...../.....
/...../.....
/...../.....

V - RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

(port de lentilles, prothèses dentaires, difficultés de sommeil, comportement de l'enfant, autres...)

Précisez :

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

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

VI - RESPONSABLE DE L'ENFANT À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom : Prénoms :

Adresse (pendant la période du séjour) :

Tél: mobile Domicile..... Travail.....

Email :

n° de S.S.:

Organisme :

Adresse du centre payeur :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et j'autorise mon enfant à participer au séjour et à l'ensemble des activités.

J'autorise à fixer, reproduire et communiquer en interne, aux responsables légaux des enfants et aux membres de l'association les photographies prises durant le séjour : Oui Non

J'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.

J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels que l'association aura avancés pendant le séjour.

Date :/...../.....

Signature (obligatoire)

PARTIE RÉSERVÉE AU CENTRE DE VACANCES

ARRIVÉE LE/...../.....	Groupe	Equipe	Animateur (trice)
DÉPART LE/...../.....			

OBSERVATIONS FAITES PENDANT LE SÉJOUR :

PAR LE MÉDECIN (nom, adresse et n° téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (nom et adresse)