



**EN CAS D'ABSENCE DU RESPONSABLE PENDANT LE SEJOUR. PREVENIR :**

NOM et Prénom :

Adresse :

CP : VILLE :

Lien de parenté (éventuel) :

Tél. Fixe :

Tél. Portable :

**Transport Aller**

- Par vos soins sur le lieu du centre
- En train avec **ADVE**, en gare de :  
Bordeaux  Paris   
Lille  Poitiers   
Lyon  St Pierre des Corps   
Marseille  Toulouse   
Montpellier  Nantes   
Rennes  Gare Lorraine TGV   
Strasbourg

**Transport Retour**

- Par vos soins sur le lieu du centre
- En train avec **ADVE**, en gare de :  
Bordeaux  Paris   
Lille  Poitiers   
Lyon  St Pierre des Corps   
Marseille  Toulouse   
Montpellier  Nantes   
Rennes  Gare Lorraine TGV   
Strasbourg

**AUTORISATIONS PARENTALE et DROIT A L'IMAGE :**

Je soussigné(e)

Demeurant

Agissant en qualité de (cochez la case correspondante) :  Père -  Mère -  Tuteur (trice)

**Autorise** mon fils/ma fille (rayez la mention inutile) à pratiquer les activités prévues dans le centre de vacances, pour lequel il/elle est actuellement inscrit(e).

**ET,**

**Autorise** l'équipe d'animation du séjour et l'organisateur ADVE à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique (site internet de l'association, catalogue, chaîne youtube ADVE), à l'usage exclusif du service, pour la présentation et l'illustration des centres de vacances proposés aux enfants.

Fait à :

Le :

Signature du responsable légal :

**AUTORISATIONS D'ANESTHESIER ET D'OPERER :**

Je soussigné(e)

**Autorise** en cas d'urgence, l'équipe d'encadrement à faire anesthésier et opérer mon fils/ma fille (rayez la mention inutile) si son état de santé le nécessite.

Fait à :

Le :

Signature du responsable légal :

**IMPORTANT :**

Votre enfant a-t-il une **allergie sévère**, un **handicap** et/ou des **problèmes de santé** à prendre en compte dès son inscription (Ex : P.A.I, ...) ?

OUI  NON

Si oui, merci de préciser et de joindre les documents utiles :

## Suivi sanitaire de l'enfant

**+ L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL DURANT LE SEJOUR ?**  OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine et marqués au nom de l'enfant avec la notice). **AUCUN médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.**

N° de Sécurité Sociale :

**Bénéficiez-vous de la C.M.U ?**  OUI  NON

Si oui, joindre la photocopie de l'attestation en cours de validité.

**+ VACCINATIONS :**

A compléter à partir du carnet de santé de votre enfant. **Joindre la photocopie du carnet de santé.**

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES              | DATE |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------------|------|
| Diphtérie            |     |     |                           | Hépatite B                       |      |
| Tétanos              |     |     |                           | Rubéole<br>Oreillons<br>Rougeole |      |
| DT Polio             |     |     |                           | Coqueluche                       |      |
| Ou Tétra Coq         |     |     |                           | BCG                              |      |

**+ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

L'enfant fait-il des allergies ?

Asthme :  NON  OUI

Alimentaires :  NON  OUI, précisez : .....

Médicamenteuses :  NON  OUI, précisez : .....

Autres : .....

L'enfant mouille-t-il son lit ?  OUI  NON  OCCASIONNELLEMENT

Votre enfant porte-t-il ?  DES LUNETTES  UN APPAREIL DENTAIRE

S'il s'agit d'une jeune fille, est-elle réglée ?  OUI  NON

**+ PARTICULARITES ALIMENTAIRES :**

**IMPORTANT :** Veuillez nous spécifier tout régime ou restriction alimentaire (ex. : **SANS VIANDE, SANS GLUTEN, SANS PORC, ...**) concernant votre enfant. Le rythme et l'intensité de certaines activités nécessite une alimentation quotidienne et la participation aux repas de tous.

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

**NOM DU MEDECIN TRAITANT ET COORDONNEES :**

.....  
.....

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

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>RUBEOLE</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    | <b>VARICELLE</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <b>ANGINES</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  | <b>OREILLONS</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  |
| <b>SCARLATINE</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <b>OTITES</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    | <b>ROUGEOLE</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <b>COQUELUCHE</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

## Mieux le/la connaître pour mieux l'accueillir

### Recommandations utiles des parents :

Votre enfant sait-il nager ?  OUI  NON

Est-ce son premier séjour ?  OUI  NON Si non, a combien de colonies a t-il déjà participer ?

Pratique t-il une activité sportive ?  NON  OUI, précisez :

Si le/la jeune est licencié d'une fédération française (Équitation, Surf, ...) merci de nous communiquer son numéro de Licence :

#### Pièces à fournir :

- Dossier d'inscription et sanitaire (dûment rempli et signé)
- Copie de l'attestation de Sécurité Sociale ou CMU
- Copie du carnet de santé
- Attestation aquatique (Uniquement pour les séjours Bord de Mer – **Annexe 1**)

#### Pour les séjours à l'étranger :

- Carte d'identité
- Carte Européenne d'Assurance Maladie
- Autorisation de sortie du territoire (Cerfa n°15646\*01) + photocopie de la carte d'identité de l'autorité parentale **OBLIGATOIRE**

### AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e), (NOM, Prénom) ..... déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier.

J'ai pris note qu'en cas d'intervention du médecin, le responsable du séjour avancerait les frais médicaux que je m'engage à rembourser au prestataire (ADVE) ou au comité auprès duquel j'effectue ladite inscription. Je recevrai en retour les feuilles de soin de la Sécurité Sociale.

J'autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport (car, minibus) nécessaires dans le cadre de sorties extérieures durant ce séjour.

Fait à ....., le .....

**Signature du Responsable légal suivie de la mention « Lu et approuvé » :**