

Les Enforesté·es #16 | Séjour nature 9-12 ans  
du 19 au 23 octobre 2025 – Jura (39)



**FICHE D'INSCRIPTION**

**Enfant/Ado**

Nom : Prénom :  
Genre : Date de naissance :

**Parent 1 (ou représentant·e légal·e 1)**

Nom : Prénom :  
Tél. (fixe et portable) : Adresse :  
Mail\* :

**Parent 2 (ou représentant·e légal·e 2)**

Nom : Prénom :  
Tél. (fixe et portable) : Adresse (si différente) :  
Mail\* :

Fait à .....le.....

Signature(s) :

*\*Nous vous envoyons toutes les informations au sujet de l'organisation des séjours par mail : merci d'inscrire lisiblement les adresses des 2 parents ou responsables légaux.*

---

**DROIT À L'IMAGE - DEMANDE D'AUTORISATION**

Je soussigné(e).....  
Demeurant.....  
.....

Agissant en qualité de :

- Père       Mère       Tuteur·trice légal·e

Autorise l'équipe d'encadrement du séjour **Les Enforesté·es #16** qui se tiendra du 19 au 23 octobre 2025 à photographier, enregistrer et filmer l'enfant (nom et prénom) :

Autorise l'entité organisatrice dudit séjour (Association Liens Sauvages) à représenter, sans limitation de durée, la ou les photographies ou films pris pour les usages suivants :

- Communication papier et numérique liée aux activités de la structure  
 Documents de travail émis (bilans, descriptifs de projets...)

Fait à .....le.....

Signature des responsables légaux du participant :

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Cette fiche vient en complément de la fiche sanitaire de liaison et permet d'apporter plus de précisions sur les besoins spécifiques de l'enfant que vous inscrivez. Ces informations permettront aux équipes pédagogiques d'accompagner au mieux les enfants dans toute leur singularité.

### Condition physique :

Est ce qu'elle/il pratique une activité physique régulière ?.....  
Si oui, laquelle ? .....  
Combien de temps peut-elle/il marcher ?.....  
A-t-elle/il l'habitude de marcher en pleine nature ? .....  
A-t-elle/il une possible fragilité physique (entorse, antécédent, difficultés respiratoires,etc.) ?.....  
.....

### Conditions émotionnelle et relationnelle :

Quel est son état émotionnel du moment ?  
.....  
A-t-elle/il l'habitude d'être à l'écoute et de partager ses états émotionnels ?.....  
.....  
Est-elle/il familier·e à la vie en collectivité ? Quel est son rapport à l'autre ? .....  
.....  
Est-elle/il sujet·te à des troubles du comportement, sautes d'humeur, des violences... ? Si oui, savez vous ce qui peut lui faire du bien pour s'apaiser ?.....  
.....

### Autonomie, Hygiène :

A-t-elle/il besoin d'un accompagnement particulier à un certain moment de la journée (douche, habillage, énurésie...) ?  
.....

### Régime alimentaire (troubles alimentaires le cas échéant) :

.....

---

## LES SOINS EN INFIRMERIE

### Merci de cocher ou de rayer les produits que vous autorisez ou non :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Macérat* de millepertuis (petites brûlures)               | <input type="checkbox"/> Onguent de Camomille (piqûres d'insectes) |
| <input type="checkbox"/> Onguent** de calendula (coupures, égratignures, échardes) | <input type="checkbox"/> Gel d'arnica (coups et les chocs)         |
| <input type="checkbox"/> Désinfectant sans alcool en spray                         | <input type="checkbox"/> HE Tea Tree (morsures de tiques)          |

\*Macérat = plante + huile d'olive

\*\*Onguent = Plante + huile d'olive + cire d'abeille

Merci d'écrire ci-dessous si votre enfant aura dans sa valise un produit médical sans ordonnance : (dont homéopathie, huiles essentielles, fleurs de bach...)

Nom du produit et posologie (conditions d'utilisation) :.....  
.....  
.....

Fait à .....le.....

Signature des responsables légaux du participant :



# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

## 1 - ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

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 PRÉCISANT 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.

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

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

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

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 :