

# FICHE D'INSCRIPTION

Colonie :

Date : du                      au

## - L'ENFANT -

Nom

Prénom

Date et lieu de naissance

Taille :                      Poids :

Nationalité                      Sexe :   F -   M

Sait – il nager :    OUI -    NON

Est-il déjà parti en colonie de vacances :    OUI -    NON

Part-il avec un (e) ami (e), précisez nom et prénom

## - RESPONSABLE LEGAL (E) DE L'ENFANT

PARENTS -    TUTEUR(S) -    AUTRE, précisez :

PRENOM :                      NOM :

Adresse :

Ville :

Portable parent 1 :

Portable parent 2 :

Email de contact (pour les informations relatives au séjour) :

J'autorise la diffusion de photographies de mon enfant (*internet, blog, brochure...*)    OUI -    NON

## - PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DU RESPONSABLE LÉGAL

M. -    Mme :                      Lien de parenté avec l'enfant :

Portable :

# FICHE SANITAIRE

Séjour : \_\_\_\_\_ Date : du \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) Garçon - Fille

## 1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

- L'ENFANT EST-IL A JOUR DE SA VACCINATION OBLIGATOIRE ? OUI - NON  
Autre vaccin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre certificat médical de contre-indications.

## 2\_ RENSEGNEMENT MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'ENFANT SUIVRAT-IL UN **TRAITEMENT MÉDICAL** PENDANT LE SÉJOUR ? OUI - NON **Si oui**, joindre au départ du séjour une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondance (*boîte de médicament dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant, avec la notice*)  
**Aucun médicament ne pourra être prise sans ordonnance**
- L'ENFANT PISSE T-IL AU LIT ? OUI - NON OCCASIONNELLE
- L'ENFANT EST-IL ASTHMATIQUE ? OUI - NON
- L'ENFANT A-T-IL UNE OU DES MALADIES PARTICULIERE ? a précisez :

• Précisez les allergies et régime alimentaire :

• Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

## 3- RECOMMANDATION DES PARENTS

• S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? OUI - NON

• Indiquez les difficultés de santé : (*maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation, outre trouble du comportement*) en précisent les dates et les précautions à prendre

• Recommandation utile contre votre enfant (*lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèse dentaires*) précisez

## 4- REONSABLE LÉGALE (E) DE L'ENFANT

NOM ET PRENOM :

Adresse pendant le séjour :

Portable 1 : \_\_\_\_\_ Portable 2 : \_\_\_\_\_

**Je soussigné(e) : .....responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable séjour à perdre, le cas échéant toutes mesure (traitement médicale, hospitalisation, innervation, chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant. De plus j'atteste n'avoir omis aucune information médicale essentielle pour le bon déroulement du séjour de l'enfant.**