



Fiche d'inscription individuelle - Mini Séjour Ados

pour les 11 - 14 ans

Mini séjour Ados du 24 au 26 avril 2018

Renseignements concernant l'enfant

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Ecole fréquentée :

Renseignements concernant les parents

Nom :

Prénom :

Adresse Postale :

Adresse mail :

Tel/Domicile :

Bureau :

Portable :

Autorisation Parentale

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

en qualité de père, mère ou tuteur de

l'enfant autorise le responsable du domaine du Ventouzet à faire pratiquer tout acte médical ou chirurgical au cas où l'état de santé de l'enfant l'exigerait.

Signature :

Autorisation parentale de droit à l'image

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

en qualité de père, mère, tuteur légal

autorise l'association à utiliser les photos ou vidéos prises dans le cadre du séjour de loisirs.

Fait à _____, le _____

Signature

Pièces à nous fournir impérativement avant le début du séjour

Fiche de renseignements ci-dessus dûment remplie + règlement

Copie d'Attestation de sécurité sociale (carte vitale)

Copie attestation droit CAF ou MSA avec n° allocataire :

(obligatoire)

Photocopie assurance (responsabilité civile, individuelle accident)

Fiche sanitaire dûment remplie

*Si vous avez **droit au JPA** après avoir rempli le dossier de **demande de bourses**, y joindre la copie du dernier avis d'imposition et de votre livret de famille. Retourner le tout au Domaine du Ventouzet rapidement afin de pouvoir bénéficier de la réduction sur le séjour.*

T@rif : 89,50 €/enfant le séjour tout compris (activités, hébergement, repas, animations)

Les enfants fréquentant des écoles et collèges publics de Lozère pourront bénéficier d'une aide de la JEUNESSE AU PLEIN AIR.

Peuvent bénéficier de bourses les enfants des familles dont le quotient familial mensuel est **inférieur à 1200 €**.

Pour savoir si vous y avez droit, calculer votre quotient familial !

Prenez votre revenu imposable du dernier avis d'imposition, le diviser par 12, ensuite diviser ce résultat par le nombre de part indiqués sur votre avis d'imposition, si vous obtenez un montant inférieur à 1200 € n'hésitez pas à demander **un dossier de «demande de bourses» au Centre de Loisirs le plus rapidement possible, afin d'avoir une réponse avant le début du séjour.**

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1- ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

Garçon Fille

Taille : _____ Poids : _____ Pointure : _____

Indispensable pour la prise de médicaments nécessaires pendant le séjour

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR

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

VACCINS OBLIGATOIRE	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtherie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION. ATTENTION LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 (boites 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 ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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 MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES : OUI NON

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE -T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ Prénom _____
ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) _____

N° de Téléphone :
Mère : domicile _____ portable _____ travail _____
Père : domicile _____ portable _____ travail _____

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT _____

*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 les mesures
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRES DE VACANCES**

OBSERVATIONS
