



SEJOURS NEIGE

Fiche d'inscription - Séjour de vacances



Intitulé du séjour :

Dates : du au

LE PARTICIPANT

NOM :

Prénom(s) :

Date de naissance : __ / __ / ____ Age :

Masculin féminin

Nationalité :

Photo
Récente
obligatoire

LE REPRESENTANT LEGAL DU PARTICIPANT

NOM :

Prénom :

père mère tuteur autre (centre, famille d'accueil ...):

Situation familiale : marié(e) célibataire divorcé(e) autre

Autorité parentale : maternelle paternelle conjointe autre

Père (NOM - Prénom) :

Portable : __ / __ / __ / __ / __

Tél. domicile : __ / __ / __ / __ / __

Profession :

Tél. travail : __ / __ / __ / __ / __

E.mail : _____ @ _____

Mère (NOM - Prénom) :

Portable : __ / __ / __ / __ / __

Tél. domicile : __ / __ / __ / __ / __

Profession :

Tél. travail : __ / __ / __ / __ / __

E.mail : _____ @ _____

J'accepte de recevoir par mails les informations concernant le Patro * (voir condition au verso)

Adresse :

Je souhaiterais recevoir une facture acquittée pour ce séjour

Cadre réservé à l'administration

Acompte séjour :

Chèque : Chèques ANCV :

Espèce : Autres :

Solde séjour:

Chèque : Chèques ANCV :

Espèce : Autres :

PERSONNES A CONTACTER (autre que responsable légal)

NOM : Prénom :

Adresse :
.....

Tél. domicile : __ / __ / __ / __ / __

Portable : __ / __ / __ / __ / __

NOM :

Prénom :

Adresse :
.....

Tél. domicile : __ / __ / __ / __ / __

Portable : __ / __ / __ / __ / __

DROIT A L'IMAGE

J'autorise mon enfant à être photographié aux cours des activités :

OUI

NON

Les photos pourront être utilisées pour les usages suivants :

- ❖ publication dans une revue, ouvrage ou un journal
- ❖ publication pour une publicité
- ❖ présentation en public lors d'une exposition
- ❖ présentation sur le site ou le blog de l'association

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant part-il en séjour de vacances pour la première fois ? OUI NON

A-t-il des frères et sœurs ? OUI NON Age (s) :

A-t-il déjà fait du ski ? OUI NON

Quel est son niveau de ski ?

BON

CORRECT

MOYEN

NOVICE

Je soussigné(e),, représentant légal de l'enfant déclare avoir pris connaissance du fonctionnement du séjour et certifie exactes les informations fournies dans cette fiche d'inscription. Je m'engage à compléter la fiche sanitaire ci-jointe.

Date + Lu et approuvé + Signature

* "Ces données sont recueillies en vue de tenir à jour notre fichier d'adhérents; en aucun cas ces données ne seront cédées ou vendues à des tiers. Vous pouvez, en vertu du Règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD), avoir accès aux données vous concernant ; vous pouvez demander leur rectification et leur suppression."

PATRONAGE DE L'ENSEIGNEMENT LAÏQUE DE MONTLUÇON

26 rue Voltaire - 03100 Montluçon

Tél / Fax : 04.70.05.20.17 - E-mail : patro.montlucon@wanadoo.fr

Site : www.patro.fr



SEJOURS NEIGE

Fiche sanitaire - Séjour de vacances



Intitulé du séjour :

Dates : duau

ENFANT :

NOM : Prénom(s)

Adresse :

Date de naissance : __ / __ / ____

Masculin Féminin

Âge :ans. Poids : kg. Taille :cm

Pointure : Tour de tête :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de votre enfant; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

VACCINATIONS



Merci de nous joindre les photocopies du carnet de santé ou certificats de vaccination.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de non contre-indication.
Les vaccins antitétaniques ne présentent aucune contre-indication.

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 (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 ? :

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES: Asthme : oui non Médicamenteuses : oui non
Alimentaires : oui non Autres:

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :
.....
.....

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :
.....

INDIQUEZ CI APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, énurésie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou/et dentaires, etc...)

Précisez :

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : **Prénom :**

Adresse (pendant le séjour) :

.....
.....

Tél. domicile : __ / __ / __ / __ / __ **Portable :** __ / __ / __ / __ / __ **Travail :** __ / __ / __ / __ / __

N° de sécurité sociale de l'assuré : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _

Mutuelle :

L'enfant est il couvert par la CMU : oui (**attestation à fournir**) non

NOM du médecin traitant : **Numéro de téléphone :** __ / __ / __ / __ / __

Je soussigné(e),.....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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : __ / __ / _ _ _ _

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur du séjour de vacances :

Patronage de l'Enseignement Laïque de Montluçon

26 rue Voltaire - 03100 Montluçon

Tél : 04.70.05.20.17 Courriel : patro.montlucon@wanadoo.fr Site : www.patro.fr

OBSERVATIONS:

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