



# Fiche d'inscription - Séjour de vacances



Intitulé du séjour : .....

Dates : du ..... au .....

## LE PARTICIPANT

NOM : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Age (pendant le séjour) : .....

Masculin  féminin

Nationalité : .....

Photo  
Obligatoire  
(RECENTE)

## LE REPRESENTANT LEGAL DU PARTICIPANT

NOM : .....

Prénom : .....

père  mère  tuteur  Famille d'accueil  Structure pour enfants : .....

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

Autorité parentale : maternelle  paternelle  conjointe  autre

Numéro allocataire (CAF ou MSA) : .....

**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 postale :

.....

.....

Je souhaiterais recevoir une facture acquittée pour ce séjour,  
au nom de (parent) : .....

### 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

Est-il autorisé à se baigner ? OUI  NON

Sait-il nager ? CORRECTEMENT  MOYENNEMENT  PAS DU TOUT

Sait-il faire du vélo ? CORRECTEMENT  MOYENNEMENT  PAS DU TOUT

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](mailto:patro.montlucon@wanadoo.fr)

Site : [www.patro.fr](http://www.patro.fr)



# Fiche sanitaire - Séjour de vacances



Intitulé du séjour : .....

Dates : du .....au .....

ENFANT :

NOM : ..... Prénom(s) .....

Adresse : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Masculin  Féminin

Âge : .....ans. Poids : ..... kg. Taille : .....cm.

**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 :**