



Fiche d'inscription - Séjour de vacances - Hiver 2026



Intitulé du séjour :

Dates : du

au

Le participant

NOM

Prénom(s)

Date de naissance

-- / -- / --

Age

Masculin

☐

Féminin

☐

Nationalité

Photo
récente
obligatoire

Le représentant légal du participant

NOM

Prénom

Père

☐

Mère

☐

Famille d'accueil

☐

Structure pour enfants

☐

Situation familiale : Marié(e)

☐

Célibataire

☐

Divorcé(e)

☐

Autre

☐

Autorité parentale : Conjointe

☐

Père

☐

Mère

☐

Autre

☐

Numéro allocataire (CAF ou MSA) avec justificatif

Père : -----

Portable : -- / -- / -- / -- / --

Tél domicile : -- / -- / -- / -- / --

Profession : -----

Tél travail : -----

Email : -----

Mère : -----

Portable : -- / -- / -- / -- / --

Tél domicile : -- / -- / -- / -- / --

Profession : -----

Tél travail : -----

Email : -----

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

Adresse postale

☐ Je souhaite recevoir une facture acquittée, au nom de (parent) : -----

CADRES RESERVES A L'ADMINISTRATION

N° : --

☐ Fiche d'inscription

☐ Photo d'identité

☐ Fiche sanitaire

☐ Attestation d'assurance / responsabilité civile

☐ 10€ d'adhésion annuelle au Patronage Laïque de Montluçon par famille (obligatoire pour pouvoir participer à l'ensemble des activités)

☐ Photocopie des vaccins

☐ Acompte de 150€

☐ Justificatif de prise en charge

Remarques : -----

ACOMPTE DU SEJOUR :

☐ Chèque :

☐ Chèques ANCV :

☐ Espèces :

☐ Autres :

SOLDE DU SEJOUR :

☐ Chèque :

☐ Chèques ANCV :

☐ Espèces :

☐ Autres :

Personnes à contacter

NOM Prénom

Adresse

Tél domicile : / / / / Portable : / / / /

NOM Prénom

Adresse

Tél domicile : / / / / Portable : / / / /

Droit à l'image

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

OUI ☐

NON ☐

Les photos pourront être utilisées pour les usages suivants :

- Publications dans une revue, ouvrage ou journal
- Publication pour une publicité ou communication du Patro
- Présentation en public lors d'une exposition
- Présentation sur le site ou le blog de l'association

Informations complémentaires (Obligatoire pour le ski)

Votre enfant a t'il déjà skié ? OUI ☐ NON ☐

Quel est son niveau de ski ?

Très bon ☐

Correct ☐

Moyen ☐

Novice ☐

Pointure :

Tour de tête :

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 (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 : 04 70 05 20 17 - Email : patro.montlucon@wanadoo.fr
Site : www.patro.fr



Fiche sanitaire - Séjour de vacances



Intitulé du séjour :

Dates : du _____ au _____

Enfant

NOM _____ Prénom _____

Adresse _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ Age _____ Poids _____ kg Taille _____ cm

Masculin ☐ Féminin ☐

**Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant le séjour de votre enfant
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.
Merci de remplir la totalité du document**

Vaccinations

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

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

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI ☐ NON ☐

Si **oui**, joindre **une ordonnance** récente de les **médicaments** correspondants (Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans **leur emballage d'origine** avec la **notice d'utilisation**. Les nom et prénom du mineur devront être inscrits sur l'emballage)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐	COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐
OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES

Asthme OUI ☐ NON ☐
Alimentaires OUI ☐ NON ☐

Médicamenteuses OUI ☐ NON ☐
Autres _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Régime alimentaire particulier :

Indiquez ci après :

Les **difficultés de santé** (maladie, énurésie, trouble, 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 dentaires etc...

Responsable de l'enfant

NOM

Prénom

Adresse

(pendant le séjour)

Tél domicile :

Portable :

Numéro de sécurité sociale :

Mutuelle :

L'enfant est-il couvert par la Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C) ?

OUI☐

NON☐

Si oui : Fournir une attestation.

Nom du médecin traitant :

Numéro de téléphone :

Je soussigné(e) _____, représentant 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 nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :