**FICHE D’INSCRIPTION et SANITAIRE**

Photo de l’enfant

(Obligatoire)

**Séjour de Vacances**

**ADVE**

**31bis avenue Professeur Albert Calmette**

**24100 BERGERAC**

**Tél. : 05 53 58 14 80**

**Fax : 05 53 27 96 51**

**Mail : adve24@wanadoo.fr**

**LIEU DU SEJOUR :**

**Nom séjour :**

**DATES :**

|  |
| --- |
| L’ENFANT :**NOM :**       **Prénom :**      **Né(e) le :**       **Âge :**       **ans****Sexe :** **[ ]  M** **[ ]  F Nationalité :**       |
| LES PARENTS :**[ ]  Mariage -** **[ ]  En couple -** **[ ]  Pacs -** **[ ]  Veuf/Veuve -** **[ ]  Divorce -** **[ ]  Célibat** |
| **[ ]** Responsable légal de l’enfant | **[ ]** Responsable légal de l’enfant |
| **PÈRE** **NOM et Prénom :**      **Adresse :**      **CP :**       **VILLE :**      **Nationalité :**      **Profession :**      **Tél. Fixe :**      **Tél. Portable :**      **Courriel :**       | **MÈRE****NOM et Prénom :**      **Adresse (si différente) :**      **CP :**       **VILLE :**      **Nationalité :**      **Profession :**      **Tél. Fixe :**      **Tél. Portable :**      **Courriel :**       |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Numéro de téléphone à joindre en priorité :** |
| EN CAS D’ABSENCE DU RESPONSABLE PENDANT LE SEJOUR, PREVENIR :**NOM et Prénom :**      **Adresse :**      **CP :**       **VILLE :**      **Lien de parenté (éventuel) :**      **Tél. Fixe :**       **Tél. Portable :**       |

|  |
| --- |
| AUTORISATIONS PARENTALE et DROIT A L’IMAGE :**Je soussigné(e)**      **Demeurant**      **Agissant en qualité de (cochez la case correspondante) :** **[ ]  Père -** **[ ]  Mère -** **[ ]  Tuteur (trice)****[ ]  Autorise** mon fils/ma fille (rayez la mention inutile) à pratiquer les activités prévues dans le centre de vacances, pour lequel il/elle est actuellement inscrit(e).**ET,****[ ]  Autorise** l’équipe d’animation du séjour et l’organisateur ADVE à utiliser l’image de mon enfant sur support photographique ou informatique (site internet de l’association, catalogue, chaîne youtube ADVE), **à l’usage exclusif du service**, pour la présentation et l’illustration des centres de vacances proposés aux enfants.**Fait à :**       **Le :**       **Signature du responsable légal :** |

|  |
| --- |
| AUTORISATIONS D’ANESTHESIER ET D’OPERER :**Je soussigné(e)**      **Demeurant**      **Agissant en qualité de (cochez la case correspondante) : [ ]  Père - [ ]  Mère - [ ]  Tuteur(trice)** **[ ]  Autorise** en cas d’urgence, l’équipe d’encadrement à faire anesthésier et opérer mon fils/ma fille (rayez la mention inutile) si son état de santé le nécessite.**Fait à :**       **Le :**       **Signature du responsable légal :** |

|  |
| --- |
| **IMPORTANT :**Votre enfant a-t-il une **allergie sévère**, un **handicap** et/ou des **problèmes de santé** à prendre en compte dès son inscription (Ex : P.A.I, …) ?[ ]  OUI [ ]  NONSi oui, merci de préciser et de joindre les documents utiles :       |

Suivi sanitaire de l’enfant

* **L’ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL DURANT LE SEJOUR ?** **[ ]  OUI** **[ ]  NON**

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d’origine et marqués au nom de l’enfant avec la notice).* ***AUCUN médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° de Sécurité Sociale :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Bénéficiez-vous de la C.M.U ?** **[ ]  OUI** **[ ]  NON** Si oui, joindre la photocopie de l’attestation en cours de validité. |

* **VACCINATIONS :**

*A compéter à partir du carnet de santé de votre enfant.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATE |
| **Diphtérie** |  |  |  | **Hépatite B** |  |
| **Tétanos** |  |  |  | **Rubéole****Oreillons****Rougeole** |  |
| **DT Polio** |  |  |  | **Coqueluche** |  |
| **Ou Tétra Coq** |  |  |  | **BCG** |  |

* **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

L’enfant fait-il des allergies ?

**Asthme :** **[ ]  NON** **[ ]  OUI**

**Alimentaires :** **[ ]  NON** **[ ]  OUI, précisez :**

**Médicamenteuses :** **[ ]  NON** **[ ]  OUI, précisez :**

**Autres :**

L’enfant mouille-t-il son lit ? [ ]  **OUI** [ ]  **NON** [ ]  **OCCASIONNELLEMENT**

Votre enfant porte-t-il ? [ ]  **DES LUNETTES** [ ]  **UN APPAREIL DENTAIRE**

S’il s’agit d’une jeune fille, est-elle réglée ? [ ]  **OUI** [ ]  **NON**

* **PARTICULARITES ALIMENTAIRES :**

***IMPORTANT :*** *Veuillez nous spécifier tout régime ou restriction alimentaire (****ex. : SANS VIANDE, SANS GLUTEN, SANS PORC, …)*** *concernant votre enfant. Le rythme et l’intensité de certaines activités nécessite une alimentation quotidienne et la participation aux repas de tous.*

**NOM DU MEDECIN TRAITANT ET COORDONNEES :**

* **L’ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RUBEOLE**[ ] OUI [ ]  NON | **VARICELLE**[ ] OUI [ ]  NON | **ANGINES**[ ] OUI [ ]  NON | **OREILLONS**[ ] OUI [ ]  NON |
| **SCARLATINE**[ ] OUI [ ]  NON | **OTITES**[ ] OUI [ ]  NON | **ROUGEOLE**[ ] OUI [ ]  NON | **COQUELUCHE**[ ] OUI [ ]  NON |

Mieux le/la connaître pour mieux l’accueillir

|  |
| --- |
| Recommandations utiles des parents : |

|  |
| --- |
| **Votre enfant sait-il nager ?** **[ ]  OUI** **[ ]  NON****Est-ce son premier séjour ?** **[ ]  OUI** **[ ]  NON** Si non, à combien de colonies a t-il déjà participé ?      **Pratique t-il une activité sportive ?** **[ ]  NON** **[ ]  OUI, précisez :**      Si le/la jeune est licencié d’une fédération française (Équitation, Surf, …) merci de nous communiquer son numéro de Licence :       |

**Pièces à fournir :** **[ ]** Dossier d’inscription et sanitaire (dûment rempli et signé)

**Pour les séjours à l’étranger :** **[ ]** Carte d’identité

 [ ]  Carte Européenne d’Assurance Maladie

 [ ]  Autorisation de sortie du territoire (Cerfa n°15646\*01) + photocopie de la carte d’identité de l’autorité parentale **OBLIGATOIRE**

|  |
| --- |
| AUTORISATION PARENTALE :Je soussigné(e), (NOM, Prénom) déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier.J’ai pris note qu’en cas d’intervention du médecin, le responsable du séjour avancerait les frais médicaux que je m’engage à rembourser au prestataire (ADVE) ou au comité auprès duquel j’effectue ladite inscription. Je recevrai en retour les feuilles de soin de la Sécurité Sociale.J’autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport (car, minibus) nécessaires dans le cadre de sorties extérieures durant ce séjour.Fait à , le **Signature du Responsable légal suivie de la mention « Lu et approuvé »** :  |