



# Fiche d'inscription - Séjour de vacances



Intitulé du séjour : .....

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

## LE PARTICIPANT

NOM : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Age : .....

Masculin  féminin

Nationalité : .....



## 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 : .....@ .....

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) : .....

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

**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<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME<br>ARTICULAIRE AIGÜ<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                      |   |

ALLERGIES: Asthme : oui  non   
Alimentaires : oui  non

Médicamenteuses : 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:

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