

SEJOUR « NEIGE » à SERRE-EYRAUD(05) ORCIERES du samedi 09 au 16 février 2019 pour les 8 – 12 ans

Photo obligatoire :	Nom de l'enfant :
	Prénom :
	Date et lieu de naissance :
	Classe :
	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> fille

Adresse :

.....

.....

Code postal : Ville :

Téléphone domicile :

portable :

Adresse Mail :

EN CAS D'URGENCE, ON PEUT JOINDRE LES PARENTS

	LIEU DE TRAVAIL	TELEPHONE
PERE		
MERE		
AUTRE PERSONNE		

NOM prénom du père ou du responsable de l'enfant :

.....

Nous autorisons la ou les personnes dont le nom suit à prendre notre enfant en notre absence** :

.....

.....

Sauf contre-ordre écrit de notre part

****Les personnes désignées doivent se munir d'une pièce d'identité**

Je vous demande de ne pas confier mon enfant à :

.....

Je soussigné(e), M....., père, mère, tuteur, autorise mon enfant à participer au séjour de la CAPG précisé ci-dessus. J'autorise le responsable du séjour, ou son adjoint à prendre toute mesure qu'il jugerait utile suivant les prescriptions des médecins au cas où mon enfant nécessiterait des soins urgents.

Médecin de famille : **Téléphone** :

Autorisation de prendre l'enfant en photo : oui non

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Photocopie notification quotient familial de la CAF OU
- Dernière fiche d'imposition 2018 sur les revenus 2017
- Certificat médical autorisant la pratique de l'activité ski
- Fiche sanitaire de liaison à remplir au verso
- Attestation d'assurance
- Règlement par chèque à l'ordre du trésor public ou espèces et chèques ANCV
- Photocopie carte vitale

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

• le matériel à louer sur place :

Tarif location tarif (chaussures, bâtons, casque, ski) : 37€50

Taille :

Pointure :

Poids :

Tour de tête :

Casque obligatoire pour la pratique du ski et du surf

• Votre enfant a-t-il déjà obtenu des tests de ski ?

Si oui lequel? 1^{ère} étoile 2^{ème} étoile 3^{ème} étoile

Autre :

Si non, précisez le nombre d'années de pratique :

Débutant

débrouillé

confirmé

SEJOUR « NEIGE » à SERRE-EYRAUD(05) ORCIERES du samedi 09 au 16 février 2019 pour les 8 – 12 ans

NOM de l'enfant :
Prénom :
Date de naissance :
<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille

DATE ET LIEU DE SEJOUR :
.....

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Date derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE 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 notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni autorisation parentale écrite.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Allergies : Asthme Oui Non
 Alimentaire Oui Non
 Médicamenteuses Oui Non
 Autres

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES : Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.
.....
.....

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS : votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, si c'est une fille, est-elle réglée ? etc... Précisez.
.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : **PRENOM :**

ADRESSE :

TEL. :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :
.....

Je soussignéresponsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

autorise la CAPG à prendre mon enfant en photo en vue d'articles de presse.

Date

Signature :