

FICHE D'INSCRIPTION



EVASION VACANCES AVENTURE

2 chemin de la Caussade - 33270 Floirac - Tel : 05.56.74.53.20

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Origine d'Inscription :

Individuel :

C. E. :

Mairie :

NOM : PRENOM :

Nom du SEJOUR choisi :

Dates du séjour : du/...../..... au/...../.....

SEXE : Garçon Fille Date de naissance :/...../.....

Nom du Responsable légal de l'enfant :

Adresse :

Code Postal: Ville :

☎ Domicile (Mère) :/...../...../...../..... ☎ Domicile (Père) :/...../...../...../.....

☎ Travail (Mère) :/...../...../...../..... ☎ Travail (Père) :/...../...../...../.....

☎ Portable (Mère) :/...../...../...../..... ☎ Portable (Père) :/...../...../...../.....

Mail :@.....

Adresse des Parents ou du Responsable légal pendant le séjour :

..... ☎:/...../...../...../.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

Classe suivie : L'enfant sait-il nager : Oui Non Test de natation : Oui Non

Est-il déjà parti en centre de vacances : .Oui Non

Pour les séjours ski : Taille en cm: Pointure des chaussures : Niveau de ski :

Pour les séjours équitation: Taille en cm: Poids : Niveau en équitation:

Transport : ville de départ : ville de retour :

(si vous déposez votre enfant sur le centre, veuillez remplir, dans « ville de départ », le terme suivant : Sur place)

Observations complémentaires (hormis les informations médicales au verso de la fiche) :

.....
.....

J'autorise la publication sur les sites internet, evasion-vacances.com et sur la page facebook de l'association la diffusion des photos de mon enfant, à des fins strictement non commerciales. Ces photos seront à disposition des parents et des jeunes sur ces sites afin qu'ils puissent les consulter ou les télécharger . Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux (strictement confidentiels) qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle doit obligatoirement être signée par le responsable légal de l'enfant.

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

Détenteur de la CMU : oui non (si oui, joindre obligatoirement l'attestation)

Nom et N° de votre Mutuelle :

VACCINATIONS : (joindre photocopie carnet de santé de l'enfant)

Vaccinations obligatoires (**)

Vaccinations facultatives

Antidiphtérique et antitétanique : Anticoquelucheuse :

Antipolimyélitique : Antirougeoleuse :

Antituberculeuse : Autre :

(**) indiquer la date du dernier rappel.

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole

Varicelle

Angines

Rhumatismes

Scarlatine

Non Oui

Non Oui

Non Oui

Non Oui

Coqueluche

Otites

Asthme

Rougeole

Oreillons

Non Oui

Non Oui

Non Oui

Non Oui

Non Oui

Autres maladies ou accidents :
.....
.....

Interventions chirurgicales :
.....
.....

Allergies :

Régime alimentaire :

RECOMMANDATION DES PARENTS :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement et si oui, lequel ?

Si votre enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance et les médicaments prescrits.

L'enfant mouille-t-il son lit ? Non Occasionnellement Oui

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Non Oui

Autres recommandations :

Je, soussigné responsable de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Date :

Signature :