**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  NON  Si 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 »** : |