

FICHE DE PRÉ-INSCRIPTION : SÉJOUR À BELLECIN

DU 22 AU 26 JUILLET 2019

À RENDRE AVANT LE 29 MAI 2019
À CHAMPA'LOISIRS

aucune pré-inscription par mail, fax, courrier ou téléphone



Merci de coller
une photo récente
de l'enfant

L'inscription définitive au séjour sera confirmée par courrier,
au plus tard le 15 juin.

ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____ sexe : M F

Date de naissance : _____ N° Téléphone : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

ADULTES INSCRIVANT

Référent OUI NON MERE n° allocataire CAF Jura _____

NOM : _____ PRENOM : _____

Autorité parentale : OUI NON Situation de famille : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Tél travail : _____

Courriel : _____

Profession : _____ Employeur : _____

Référent OUI NON PERE n° allocataire CAF Jura _____

NOM : _____ PRENOM : _____

Autorité parentale : OUI NON Situation de famille : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____ Tél travail : _____

Courriel : _____

Profession : _____ Employeur : _____

AUTRE RESPONSABLE LEGAL

ORGANISME : _____ Fonction : _____

Autorité parentale : OUI NON Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél : _____ Tél portable : _____ Courriel : _____

MATERIEL DE CAMPING

Toile de tente :

NON OUI nombre de places _____

Partagera la tente avec : _____

PERSONNE A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEE A RECUPERER L'ENFANT AUTRE QUE LES PARENTS

NOM : _____ PRENOM : _____ Lien avec l'enfant : _____

A appeler en cas d'urgence Autorisé à récupérer l'enfant

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

 domicile : _____  professionnel : _____  portable : _____

AUTORISATION ET ENGAGEMENT

Je soussigné(e) _____ père - mère - tuteur (rayer les mentions inutiles) de l'enfant _____

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Autorise l'enfant nommé ci-dessus à participer lors de ce séjour aux activités et programme organisés par Champa'Loisirs.

Autorise la responsable du séjour à Bellecin du lundi 22 juillet au vendredi 26 juillet 2019 à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant nommé ci-dessus et l'autorise à effectuer toutes les démarches administratives relatives à une éventuelle sortie de l'hôpital.

J'autorise la responsable à reprendre le mineur à sa sortie de l'hôpital.

M'engage à

- rembourser le cas échéant les frais médicaux éventuellement avancés par Champa'Loisirs
- régler le montant du séjour avant le départ.
- fournir une copie des documents administratifs suivants :
 - ◆ attestation d'assurance de responsabilité civile
 - ◆ vaccinations
 - ◆ avis d'imposition 2018 sur les revenus 2017 du foyer
 - ◆ certification de natation (**50 m avec immersion**)

Date :

Signature de la Mère :

Signature du Père :

Signature autre responsable :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



NOM : _____ PRENOM : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants au moment du départ (boîtes des 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 ?

Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rougeole.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Angine.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Otite.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Coqueluche.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Varicelle.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Oreillons.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Scarlatine.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

ALLERGIES ?

Asthme.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Alimentaires.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Médicamenteuses.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

Précisez : _____

RECOMMANDATIONS UTILES DU RESPONSABLE

Précisez toute recommandation utile : difficultés de santé, port de lentilles, d'appareils auditifs, de prothèses dentaires, comportement de l'adolescent, difficultés de sommeil ...

REGIME ALIMENTAIRE

Sans porc

Sans viande

Date :

Signature de la Mère :

Signature du Père :

Signature autre responsable :