

# Fiche d'inscription 2021

accueil du 13/07/21 au 06/08/21



Joindre une photo récente (moins de 2 ans)

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Garçon  Fille

Date de naissance : \_\_/\_\_/20\_\_

Age : .....

Recommandation particulière *Intérêt, personnalité (dynamique, anxieux, s'adapte vite, autonome, timide...)* :  
.....  
.....

## MERE/REPRESENTANT 1

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : \_\_-\_\_-\_\_-\_\_

Email : .....@..... Adresse postale : .....

## PERE/REPRESENTANT 2

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : \_\_-\_\_-\_\_-\_\_

Email : .....@..... Adresse postale : .....

En cas d'urgence (Nom/Téléphone): .....

Personne autorisé à venir chercher l'enfant (autre que les représentants)(Nom/Téléphone):.....

## TARIFS

La journée	La 1/2 journée	Le diner	Le petit-déjeuner
18 €	7 €	4.5 €	2.5 €

## ACTIVITES SUPPLEMENTAIRES

Trampoline	Surf, Paddle, Bodyboard, Skate Electrique*
10 €	20 €

\*Sous réserve de présentation d'un certificat médical et d'un test d'aisance aquatique

## ENGAGEMENT ET AUTORISATION

Je soussigné(e), ..... responsable légale de l'enfant ..... certifie :

Avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et les accepte sans réserve

Autorise le responsable du séjour à prendre toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant

Autorise l'association a diffuser les photos et vidéos sur lesquelles l'enfant risque de figurer

**DATE ET SIGNATURE**

# Fiche d'inscription 2021

accueil du 13/07/21 au 06/08/21



L'accueil sur le centre se fait à partir de 7h30-9h. Le soir, les enfants peuvent être récupérés jusqu'à 19h30. Merci de nous consulter pour toutes demandes particulières.

## PLANNING

	13/07	14/07	15/07	16/07
<b>MATIN</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>REPAS MIDI</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>APRES-MIDI</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Précisions (repas supplémentaires, horaires spécifiques...) : .....

Activité supplémentaire payante (voir tableau) : .....

	19/07	20/07	21/07	22/07	23/07
<b>MATIN</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>REPAS MIDI</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>APRES-MIDI</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Précisions (repas supplémentaires, horaires spécifiques...) : .....

Activité supplémentaire payante (voir tableau) : .....

	26/07	27/07	28/07	29/07	30/07
<b>MATIN</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>REPAS MIDI</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>APRES-MIDI</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Précisions (repas supplémentaires, horaires spécifiques...) : .....

Activité supplémentaire payante (voir tableau) : .....

	02/08	03/08	04/08	05/08	06/08
<b>MATIN</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>REPAS MIDI</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>APRES-MIDI</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Précisions (repas supplémentaires, horaires spécifiques...) : .....

Activité supplémentaire payante (voir tableau) : .....

# Fiche sanitaire 2021

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ Garçon  Fille   
Age : ..... Taille : .....cm Poids : .....kg

## VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date des derniers rappels
Diphtérie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___	Hépatite B	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___	Rubéole - Oreillons - Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___
Poliomyélite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___	Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___
OU DT Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___	BCG	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___
OU tétracoq	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ___/___/20___	Autres (à préciser) : .....	

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication).*

## RENSEIGNEMENT MÉDICAUX SUR L'ENFANT

*Si l'enfant suit un traitement médical durant la journée, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments d'origine au nom de l'enfant)*

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole  Otite  Oreillons  Coqueluche  Angine  Scarlatine  Varicelle  
 Rhumatisme articulaire aigu  Rougeole

Allergies :  Asthme  Alimentaire  Médicamenteuses  Autres : .....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : .....

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération rééducation) et préciser les dates et précautions à prendre : .....

L'enfant porte-il des lunettes, prothèse auditives, dentaire... : .....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Adresse postale : .....

Médecin Traitant (Nom/Téléphone/Adresse): .....

Je soussigné(e), ..... responsable légale 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 médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

**DATE ET SIGNATURE**

Joindre une photo récente (moins de 2 ans)