

Nom :

Prénom :



Dossier d'inscription séjours

☐ Fiche sanitaire

☐ Protocole sanitaire

☐ Reçu règlement

Date du séjour :

Intitulé du séjour :

Dates du séjour : du au

L'enfant

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance : Sexe : M ☐ F ☐ Nationalité : Française

Adresse postale :

Code Postal : Ville :

Carte d'identité / Passeport : N° Date d'expiration :

Activités extra-scolaires pratiquées :

Téléphone portable du participant (facultatif) : Classe :

Responsable 1

Mère ☐

Père ☐

Tuteur ☐

Bénéficie de l'autorité parentale : Oui ☐

Non ☐

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Code Postal : Ville :

Tél : Domicile : Portable : Bureau :

Adresse mail principale :@.....

Responsable 2

Mère ☐

Père ☐

Tuteur ☐

Bénéficie de l'autorité parentale : Oui ☐

Non ☐

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Code Postal : Ville :

Tél : Domicile : Portable : Bureau :

Adresse mail principale :@.....



Je soussigné(e)

Représentant légal de l'enfant

- ☐ Autorise l'enfant à participer au séjour indiqué ci-dessus organisé par IFAC et à participer à toutes les activités proposées.
- ☐ M'engage à récupérer mon enfant si son comportement s'avère incompatible avec les règles de vie collective et les règlements à respecter, ou si son état de santé le nécessite.
- ☐ M'astreins à rembourser IFAC des frais médicaux engagés durant le séjour pour mon enfant.
- ☐ Autorise IFAC à photographier et à filmer mon enfant pendant le séjour et à utiliser l'image de mon enfant pour la communication avec les familles. (Dans le cas contraire, merci de le signifier par écrit à IFAC avant le séjour).

Bon pour acceptation, le

Signature

Fiche sanitaire de liaison

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Garçon ☐ Fille ☐

Intitulé du séjour :

Dates du séjour : du au



Cette fiche permet de recueillir des informations concernant votre enfant qui peuvent être utiles durant le séjour. Celle-ci évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour. Elle devra être accompagnée de la copie du carnet de vaccination de l'enfant et de la copie de l'attestation de sécurité sociale sur laquelle l'enfant figure.

VACCINS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant et en joindre une copie

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication à la vie en collectivité

Vaccins obligatoires			Date dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie	Oui ☐	Non ☐	 / /	Hépatite B	 / /
Tétanos	Oui ☐	Non ☐	 / /	BCG	 / /
Poliomyélite	Oui ☐	Non ☐	 / /	Rubéole - Oreillons - Rougeole	 / /
DTP	Oui ☐	Non ☐	 / /	Coqueluche	 / /
Tétracoq	Oui ☐	Non ☐	 / /	Autres (préciser) :	 / /

PARTICULARITÉS DE SANTÉ

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

Rubéole	Oui ☐	Non ☐	Scarlatine	Oui ☐	Non ☐
Varicelle	Oui ☐	Non ☐	Coqueluche	Oui ☐	Non ☐
Angine	Oui ☐	Non ☐	Otite	Oui ☐	Non ☐
Rhumatismes	Oui ☐	Non ☐	Rougeole	Oui ☐	Non ☐
Oreillons	Oui ☐	Non ☐	Autre :		

Votre enfant a-t-il ?

De l'asthme	Oui ☐	Non ☐	Une allergie médicamenteuse	Oui ☐	Non ☐	Une allergie alimentaire	Oui ☐	Non ☐
-------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------------	------------------------------

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

.....
.....
.....

Indiquer les particularités de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc.). Préciser les dates ainsi que les précautions à prendre :

.....
.....
.....

Cette rubrique est très importante pour nous qui ne connaissons pas votre enfant et ses habitudes

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Non ☐ Oui ☐ Lequel :

Joindre obligatoirement le jour du départ une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?	Non ☐	Oui ☐	Lequel :
Votre enfant mouille-t-il son lit ?	Non ☐	Oui ☐	Fréquence :
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?	Non ☐	Oui ☐	
Porte-t-il des lunettes ?	Non ☐	Oui ☐	Dans quelles circonstances :
Porte-t-il une prothèse dentaire ?	Non ☐	Oui ☐	Dans quelles circonstances :

☐

Autres informations utiles (porte-t-il des lentilles ? a-t-il peur du noir ? est-il somnambule ? etc.) :

Êtes-vous bénéficiaire de la CMU ? Non ☐ Oui ☐ (joindre un justificatif)

Responsable de l'enfant pendant le séjour

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Code Postal : Ville :

Tél : Domicile : Portable : Bureau :

Autre personne à contacter en cas d'urgence (Nom – téléphone – lien familial) :

Fin de séjour

À l'issue du séjour, mon enfant est autorisé à repartir avec :

Mère ☐ Père ☐ Seul(e) ☐

Autre(s) :

Nom : Prénom : Portable :

Nom : Prénom : Portable :

Nom : Prénom : Portable :

Je soussigné(e) responsable légal 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 médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :