

# FICHE D'INSCRIPTION



## EVASION VACANCES AVENTURE

6 rue Raymond-Auguste Monvoisin - 33800 Bordeaux - 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 :

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angines</b>	<b>Rhumatismes</b>	<b>Scarlatine</b>
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	.....	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
<b>Coqueluche</b>	<b>Otites</b>	<b>Asthme</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>				

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 :** .....