

BULLETIN D'INSCRIPTION

Séjour Été – 7 au 13 Juillet 2018

Photo

NOM PRENOM de l'Enfant :

Date et Lieu de Naissance :

Adhérent à l'association : oui non

Sécurité sociale

Nom et prénom de l'assuré social :

Numéro de sécurité sociale :

RESPONSABLE LEGAL

Nom – Prénom :

Adresse :

Mail :

Tél :

Portable :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

Autorise le responsable du séjour :

- à prendre toutes les mesures nécessaires concernant la santé de l'enfant (hospitalisation et/ou intervention chirurgicale)
- à mettre sur le site des photos de l'enfant
- à proposer d'autres activités durant le séjour

Date et signature :

REGLEMENT

- 20 € d'adhésion (si non membre de l'association)
- 550 € en une fois
- 550 € en plusieurs fois

DOCUMENTS A FOURNIR

- Dossier d'inscription **complet et signé** + photo d'identité
- Fiche sanitaire remplie et copie des vaccins
- Test aquatique et certificat médical d'aptitude à la pratique du char à voile
- Copie de la carte vitale
- Règlement par chèque

DOSSIER à déposer à l'accueil de l'association / ou à renvoyer par courrier :

Association Nicolaite de Chaillot

VIALLE Maxime

7, rue du bouquet de Longchamp - 75016 PARIS

Tél : 06 45 25 56 78

TROUSSEAU
Séjour été – 7 au 13 Juillet 2018

Nom et prénom de l'enfant :

Les vêtements et objets doivent être marqués au Nom et Prénom de l'enfant.

Désignation	Nombre conseillé	Nombre ds la valise
Caleçons / Culottes	8	
Chaussettes	8	
T shirts	6	
Pantalons	1	
Sweats/ Pulls	3	
Shorts	3	
Maillot de bain	2	
Casquette	1	
Veste ou manteau	1	
Pyjamas	2	
Lunettes de soleil	1	
Baskets pour le char à voile	1	
Baskets	1	
Chaussons ou tongues	1	
Serviettes de toilette	2	
Trousse de toilette	1	
Crème solaire	1	
Sac à linge sale	1	
Sac à dos	1	

-
- **La trousse de toilette doit contenir :** dentifrice, brosse à dents, savon, shampoing, brosse à cheveux, crème solaire, stick à lèvres, gant, mouchoirs.
-
- Les enfants peuvent apporter du papier et des enveloppes afin d'envoyer des lettres.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre 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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
