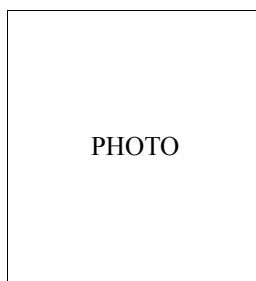


Le Clair Matin - Centre de vacances Chez vous en Haute-Savoie

Lieu-dit Le Frenay 74500 St-Paul-en-Chablais.
Tél : 04 50 73 60 55 - Fax : 09 59 27 16 51 - GSM : 06 85 93 87 00
Mail : contact@clairmatin.fr Internet : www.leclairmatin.fr

FICHE D'INSCRIPTION



Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Âge : _____ ans.

Né(e) le : _____ à : _____ Sexe : _____

PARENTS OU TUTEURS LEGAUX.

Nom : _____ Prénom : _____

N° : _____ rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Autre Mail ou Fax. : _____

DOMICILE DE L'ENFANT (si Différent)

Nom du Lieu ou de la Famille : _____

N° : _____ rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Autre Mail ou Fax. : _____

AUTRE RÉFÉRENT DE L'ENFANT (Éducateur, ou autre personne)

Nom et Fonction : _____ Coordonnées : _____

SÉJOUR CHOISI . Dates :

Intitulé: _____ Prix : _____ €.

ORGANISMES D'ASSURANCE DONT DEPEND LE RESPONSABLE DE L'ENFANT CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Code postal : _____ Ville : _____

Pour pouvoir être prises en compte les attestations CMU, ou autre prise en charge doivent
impérativement être fournies lors de l'inscription ainsi que **la carte vitale**

ASSURANCE: _____

Code postal : _____ Ville : _____

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

Nom : _____ Prénom : _____

N° : _____ rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. dom. : _____ Tél. Trav. : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant vient-il pour la première fois en centre de vacances ?

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

Concernant l'enfant sur son état physique, son caractère, ses goûts, fournis par le chef de famille : _____

: _____
: _____
: _____

OBJETS PRÉCIEUX :

Le centre ne pourra en aucun cas être rendu responsable de la perte ou du vol de bijoux, montre, boucle d'oreilles, etc. , dont le port est déconseillé.

ARGENT DE POCHE :

Au départ :

Au retour :

Le centre ne pourra en aucun cas être rendu responsable de la perte ou du vol de l'argent de poche non confié à un animateur.

VISITE AU CENTRE DE VACANCES : Les parents qui souhaitent rendre visite à leur enfant sont les bienvenus. Nous vous demandons toutefois de nous prévenir de votre visite. L'enfant ne pourra être confié par le directeur du séjour aux parents ou à toute personne que sur demande écrite et signée du responsable légal de l'enfant qui déchargera le directeur de toute responsabilité.

ACTIVITÉS :

Existe-t-il des contre indications médicales pour certaines activités ?

Si oui lesquelles ?

L'enfant sait-il nager ?

Brevets de natation :

Profession du père : _____ Employeur : _____

Profession de la mère : _____ Employeur: _____

Déclaration du chef de famille.

Je soussigné(e) Mme – Mlle – M. : _____

Père – Mère – Tuteur – Responsable du jeune : _____

- 1. Autorise le directeur du centre de vacances à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.*
- 2. M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle.*
- 3. En cas de renvoi pour raison d'inadaptation, m'engage à prendre à notre charge les suppléments dus au retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.*

À : _____ Le : _____

Signature



N° 10 008*01

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____
 SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	RAPPELS	VACCINS PRATIQUÉS		DATES		
				/	/	/
				/	/	/
				/	/	/
				/	/	/

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1er VACCIN	/ / /	VACCIN	/ / /		/ / /
REVACCINATION	/ / /	1er RAPPEL	/ / /		/ / /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? _____

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM		/ / /
		/ / /

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ / /
	/ / /
	/ / /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° DE SS | _____ | N° DE | _____ | DOMICILE | _____ | BUREAU | _____ |
TÉL. | _____ |

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE : _____

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE ____/____/____

DÉPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

01.64.66.30.00