



Séjour :
Ville / Ecole :
Dates :

<p style="text-align: center;">AUTORISATION DES PARENTS FICHE SANITAIRE</p>
--

A remplir obligatoirement :

Je soussigné (e),

Père, Mère, tuteur de l'enfant

Autorise le directeur du centre et un professionnel de santé habilité à faire pratiquer à mon enfant lors du séjour :

- des interventions médicales d'urgences, éventuellement anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins
- des examens de dépistage de la Covid-19 utilisant les tests sur prélèvement nasopharyngé (en cas de symptômes ou de cas contact)

M'engage à régler la part des frais du séjour incombant à la famille les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels.

A

Le

Signature



**Droit à l'image
Demande d'autorisation**

A placer dans la valise et /ou à remettre aux animateurs le jour du départ

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Demeurant,

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

Agissant en qualité de,

Cocher la case correspondante

Père Mère Tuteur légal

Autorise l'équipe d'encadrement et l'organisateur du séjour,

.....

référence,

..... du

..... au

.....

à photographier et à filmer l'enfant

.....

Autorise / N'autorise pas l'association Evasion 78, organisateur/producteur dudit séjour à représenter, sans limitation de durée, la ou les photographies ou films pris pour les usages suivants :

(barrer la mention inutile)

Présentations sur des blogs ou sur le site internet édité par l'association Evasion 78.

Fait à

Le

Signature du/des responsable(s) légaux du participant



Fiche d'inscription

Coller une photo ici

A retourner à l'adresse en
bas de page (ou au
responsable de la Mairie)

I. LE PARTICIPANT

NOM : _____ PRENOM _____
Date de naissance : / / Classe actuelle : Sexe : M F
Nationalité : N° de tél. portable du participant :
Taille : cm Tour de tête : cm Poids : kg Pointure :

L'enfant/l'adolescent a-t-il une allergie sévère ou un handicap ou un problème de santé sérieux qu'il nous faille absolument prendre en compte dès l'inscription ?

Non Oui : précisez :

Le jeune vient-il avec un ami, un cousin, etc. ? Si oui, nom et prénom :
Les enfants/adolescents souhaitent-ils partager la même chambre ? (même sexe et de – de 2 ans d'écart d'âge)
Oui Non Indifférent

Informations complémentaires

Le jeune pratique-t-il la discipline du séjour choisi ? Non Oui : depuis ans

Le jeune a-t-il un régime alimentaire spécifique ? Sans porc Sans viande

II. LES PARENTS

Nom du représentant légal _____ email : _____
Adresse _____
Code postal : Ville :
Tél. de la mère : Domicile : Bureau : Portable :
Tél. du père : Domicile : Bureau : Portable :
Profession du père : Profession de la mère :
Situation de famille : Mariés Vie maritale Veuf/Veuve Divorcés Célibataire
Personne à prévenir en priorité : Mère Père
N° de Sécurité Sociale :

III. LE SEJOUR

Nom du séjour : Lieu :
Nom du centre de vacances : Dates : du / / au / /

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant/l'adolescent, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente
de l'association et les accepter. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures
(traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de
l'enfant/l'adolescent. Je m'engage, de plus, à rembourser la totalité des sommes avancées.

Conformément aux conditions générales de vente, j'autorise par avance que les photos de l'enfant/l'adolescent, prises
au cours du séjour, soient utilisées pour la communication de l'association. J'accepte également que des reportages
TV, radios ou de presse écrite puissent avoir au cours des séjours, que les jeunes puissent être interviewés et ces
reportages diffusés par tous les moyens et sur tous les supports/

Fait à Le Signature des parents ou tuteurs



FICHE SANITAIRE

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant/l'adolescent. 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/ADO

NOM :

PRENOM

SEXE :

Masculin

Féminin

Date de naissance : / /

Séjour :

du / /

au / / 20

II. VACCINATIONS

(remplir à partir du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYELITIQUE – ANTIDITHTERIQUE – ANTITETANIQUES - ANTICOQUELUCHE

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio		
Du DT coq		
Du Tétracoq Rappels		
Hépatite B		

<u>ANTITUBERCULEUSE (BCG)</u>		<u>ANTIVARIOLIQUE</u>	<u>AUTRES VACCINS</u>	
	DATES		DATES	DATES
1 ^{er} vaccin	/ /		/ /	/ /
Revaccination	/ /		/ /	/ /

Si l'enfant/l'adolescent n'est pas vacciné, pourquoi ?

	NATURE	DATES
Injections de sérum		/ /
		/ /

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT/L'ADOLESCENT

L'enfant/l'adolescent a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<u>RUBEOLE</u>		<u>VARICELLE</u>		<u>ANGINES</u>		<u>RHUMATISMES</u>		<u>SCARLATINE</u>	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
<u>COQUELUCHE</u>		<u>OTITES</u>		<u>ASTHME</u>		<u>ROUGEOLE</u>		<u>OREILLONS</u>	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

INDIQUER LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Actuellement l'enfant/l'adolescent suit-il un traitement ? Non Oui

Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant le 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

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

Date, nom et signature :