

DOSSIER D'INSCRIPTION

Fiche inscription. 1 fiche par enfant

photo
d'identité
de l'enfant

Nom du séjour :

Dates du séjour : du : au :

NOM :Prénom :

Date de naissance de l'enfant : ____ / ____ / _____ Sexe : Fille Garçon

Votre enfant est-il déjà parti en colonie de vacances : Oui Non

Votre enfant part-il avec un copain et/ou une copine : Oui Non

Si oui, merci de préciser le nom et le prénom :

Nom de la personne responsable de l'enfant :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile : travail :

Téléphone mobile (1) : mobile (2) :

Adresse mail :

Je soussigné(e) représentant légal agissant en qualité de :
..... autorise mon enfant à participer au séjour organisé par A.D.N. et aux
activités proposées pendant le séjour.

J'autorise / Je n'autorise pas

l'association ADN, à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités qu'il pratiquera lors
de son séjour et à reproduire à titre gratuit, diffuser, publier, représenter sans limitation de durée, les
photographies et/ou films de mon enfant, sur les supports réalisés par l'association ADN (brochures,
diaporama ou film de présentation, site internet...).

J'ai pris connaissance et rempli complètement la **Fiche Sanitaire de Liaison** (page suivante).

Date : ____ / ____ / _____

Signature : Précédé de la mention « *Lu et Approuvé* »

Régime alimentaire particulier (ex : sans porc...) :

Recommandations :

NB : Ne pas oublier de joindre une photocopie de votre attestation « **carte vitale** ».



DOSSIER D'INSCRIPTION

Fiche sanitaire de liaison. 1 fiche sanitaire par enfant

Lieu du séjour : _____

Dates du séjour : du _____ au _____

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.

■ 1 - Identité de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : F M

Taille : _____ Pointure : _____ Poids : _____

Niveau de ski : _____ Tour de tête : _____

■ 2 - Vaccinations :

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

	VACCINS Obligatoires		Vaccins recommandés		Dates
	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Dates	
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole / Oreillons / Rougeole (R.O.R.)	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				B.C.G	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? _____

	NATURE	DATES
INJECTION DE SERUM		

■ 3 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatismes	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	Otitites	Asthme	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"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

■ 4 - Recommandations des parents (Préciser les régimes alimentaires et allergies).

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ? Oui Non

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 ? Oui Non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? Oui Non

■ 5 - Responsable de l'enfant :

NOM : _____ PRENOM : _____

N° DE TEL. : dom : _____ bureau : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° de S.S. : _____

(Joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation vitale).

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

Assurance en Responsabilité Civile des parents, nom de la compagnie : _____

N° du contrat : _____

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon enfant à participer aux activités organisées par le centre ADN. J'autorise le responsable du séjour (directeur, instituteur) à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales avec ou sans anesthésie) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

DATE : _____ SIGNATURE (Précédée de « lu et approuvé ») : _____



Activité Découverte & Nature