

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT

Date de naissance / /

Sexe : M F

Séjour choisi

Dates du séjour : du / / au / /

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjours de vacances ou en accueil de loisirs)

NIVEAU D'ÉQUITATION

débutant confirmé/Galop

(le cas échéant) :

L'ENFANT SAIT-IL NAGER ?

Oui Non

(Test d'aisance aquatique pour les activités aquatiques)

NIVEAU DE SKI :

débutant confirmé

Pointure (pour réserver le matériel) :

NIVEAU DE MOTO

débutant confirmé

NOM ET PRÉNOM DU RESPONSABLE LÉGAL (obligatoire)

Adresse :

CP/Ville :

Tél. Portable

Tél. Domicile

Adresse mail (indispensable) :

Adresse du lieu de résidence de l'enfant si différente du responsable légal (famille d'accueil, MECS, etc.)

Nom et prénom :

Adresse :

CP/Ville :

Joindre à la fiche d'inscription :

- La fiche sanitaire de liaison complétée et signée (ci-jointe),
- La copie des vaccinations,
- L'attestation de Sécurité Sociale et Complémentaire, en cours de validité
- Un test d'aisance aquatique pour les activités aquatiques,
- Un acompte de 30%
- 2 enveloppes timbrées sans adresse,
- La lettre « Côté enfants/côté ados : pour des vacances qui te ressemblent » (ci-jointe).

Toute fiche qui ne sera pas soigneusement complétée ne sera pas traitée. La convocation vous sera transmise dès réception du dossier

Qui contacter en cas de nécessité ?

responsable légal autre responsable

et à quel(s) numéro(s) :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),

- Avoir pris connaissance des modalités administratives et de l'organisation et du fonctionnement pédagogique (ci-joint ou disponible sur le site www.audesud.com) ;
- Certifie que mon enfant n'a pas de contre-indication à la pratique d'une activité physique et/ou sportive. Sinon, veuillez la mentionner et joindre un certificat médical

- M'engage à rembourser l'association, pour l'éventuelle avance de frais médicaux

autorise Audesud Vacances et ses partenaires à prendre en photo mon enfant et à utiliser ces images sur tout support de communication (catalogue, réseaux sociaux, flyers, site).

Je déclare exacts les renseignements notifiés sur la présente fiche.

Fait à

le / / 2021

**Signature du responsable légal,
précédée de la mention « lu et approuvé » :**



Nom de l'enfant

Prénom de l'enfant

Date de naissance / /

Sexe : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjours de vacances ou en accueil de loisirs)

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non
Diphtérie		
Tétanos		
Poliomyélite		

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Poids : Kg / Taille : cm

(informations nécessaire en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance

Votre enfant présente-t-il des allergies :

Alimentaires : Oui Non

Médicamenteuses : Oui Non

Autres (animaux, plantes, pollen)

Oui Non Précisez :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé qu'il serait nécessaire de porter à notre connaissance ?

Oui Non Si oui, précisez :

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?

Oui Non Si oui, précisez :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

(port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc).

Je soussigné(e),

responsable légal de l'enfant

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de mon enfant.

Date :

Signature :

