



Fiche d'inscription

Intitulé du séjour :

Dates du séjour : du au

L'enfant

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance : Sexe : M F Nationalité :

Adresse postale :

Code Postal : Ville :

Carte d'identité / Passeport : N° Date d'expiration :

Activités extra-scolaires pratiquées :

Téléphone portable du participant (facultatif) : Classe :

Responsable 1 Mère Père Tuteur

Bénéficie de l'autorité parentale : Oui Non

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Code Postal : Ville :

Tél : Domicile : Portable : Bureau :

Adresse mail principale :@.....

Responsable 2 Mère Père Tuteur

Bénéficie de l'autorité parentale : Oui Non

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Code Postal : Ville :

Tél : Domicile : Portable : Bureau :

Adresse mail principale :@.....

Je soussigné(e)

Représentant légal de l'enfant

- Autorise l'enfant à participer au séjour indiqué ci-dessus organisé par IFAC et à participer à toutes les activités proposées.
- M'engage à récupérer mon enfant si son comportement s'avère incompatible avec les règles de vie collective et les règlements à respecter, et ce dans un délai de 48h et à mes frais.
- M'astreins à rembourser IFAC des frais médicaux engagés durant le séjour pour mon enfant.
- Autorise IFAC à photographier et à filmer mon enfant pendant le séjour et à utiliser l'image de mon enfant pour la présentation et l'illustration de ses séjours (Dans le cas contraire, merci de le signifier par écrit à IFAC avant le séjour).

Bon pour acceptation, le

Signature





Fiche sanitaire de liaison

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

Intitulé du séjour :

Dates du séjour : du au

Cette fiche permet de recueillir des informations concernant votre enfant qui peuvent être utiles durant le séjour. Celle-ci évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour. Elle devra être accompagnée de la copie du carnet de vaccination de l'enfant et de la copie de l'attestation de sécurité sociale sur laquelle l'enfant figure.

VACCINS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant et en joindre une copie

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication à la vie en collectivité

Vaccins obligatoires		Date dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> / /	Hépatite B / /
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> / /	BCG / /
Poliomyélite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> / /	Rubéole - Oreillons - Rougeole / /
DTP	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> / /	Coqueluche / /
Tétracoq	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> / /	Autres (préciser) : / /

PARTICULARITÉS DE SANTÉ

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Angine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rhumatismes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autre :	

Votre enfant a-t-il ?

De l'asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Une allergie médicamenteuse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Une allergie alimentaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
-------------	---	-----------------------------	---	--------------------------	---

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

.....

.....

Indiquer les particularités de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc.). Préciser les dates ainsi que les précautions à prendre :

.....

.....

.....



INFORMATIONS MÉDICALES ET UTILES CONCERNANT L'ENFANT

Cette rubrique est très importante pour nous qui ne connaissons pas votre enfant et ses habitudes

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Non Oui Lequel :

.....
.....

Joindre obligatoirement le jour du départ 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

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Lequel :
Votre enfant mouille-t-il son lit ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Fréquence :
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Porte-t-il des lunettes ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Dans quelles circonstances :
Porte-t-il une prothèse dentaire ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Dans quelles circonstances :
L'enfant fume-t-il ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Est-il autorisé à fumer pendant le séjour : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Autres informations utiles (porte-t-il des lentilles ? a-t-il peur du noir ? est-il somnambule ? etc.) :

.....
.....

Êtes-vous bénéficiaire de la CMU ? Non Oui (joindre un justificatif)

Responsable de l'enfant pendant le séjour

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Code Postal : Ville :

Tél : Domicile : Portable : Bureau :

Autre personne à contacter en cas d'urgence (Nom - téléphone - lien familial) :

.....

Fin de séjour

À l'issue du séjour, mon enfant est autorisé à repartir avec :

Mère Père Seul(e)

Autre(s) :

Nom : Prénom : Portable :

Nom : Prénom : Portable :

Nom : Prénom : Portable :

En cas d'un post acheminement au départ de Paris vers la province, nous assurons le transfert jusqu'à la gare ou l'aéroport de départ et les parents autorisent, de fait, leur enfant à repartir seul.

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.

Date :

Signature :