



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

N°DOSSIER CV5	Nom du participant :
	Prénom :
N°SEJOUR	Sexe : Date et lieu de naissance
	NOM du centre de vacances :
Dates séjour du au	

Sait-il nager : oui non si oui, brevet de natation oui non 25 m ou 50 m
 Autres sports pratiqués :

Part-il pour la première fois ? Oui Non
 Si l'enfant porte des lunettes, indiquez les références de ses verres :

La famille :

Responsable légal : PERE -MERE - TUTEUR

NOM : Prénom

Adresse : Tél :

Mail :

Nom du conjoint :

Caisse d'allocations familiales de :

N°allocataire :

Bénéficiez vous d'une aide CAF ? AVE TICKETS CAF AUTRE

Bénéficiez vous de l'aide médicale gratuite : OUI - NON (CMU : joindre photocopie de la prise en charge.

Adresse du responsable légal pendant le séjour :

.....

Tél :

A qui téléphoner en cas d'urgence ? Tél :

Localité :

Déclaration du responsable légal :

Je soussigné, père, mère, responsable du participant, déclare :

- * avoir pris connaissance des modalités d'inscription
- * autoriser mon enfant à participer à toutes les activités du centre,
- * autoriser les responsables du séjour à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toute mesure d'urgence prescrite par le médecin,
- * m'engage à payer la part des frais du séjour incombant à la famille, les frais médicaux, les frais d'hospitalisation et d'opération éventuels,
- * prendre en charge les frais dus à un retour éventuel en cas de renvoi pour raison d'inadaptation et renoncer à toute demande de remboursement de frais de séjour,
- * dégage toute responsabilité en cas de vol ou de perte le centre de vacances ou l'association d'accueil si mon enfant est en possession d'objet de valeur ou de téléphone portable.

A..... Le,

Signature :

Fiche à renvoyer à :

ADPEP53 - 41, rue Crossardière - 53000 LAVAL

Ou par mail : secretariat@lespep53.org

BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM - Prénom des participants	Date de naissance	Sexe	séjours choisis	dates séjour	durée	prix	acompte

Adresse postale des parents ou tuteurs légaux :

NOM Prénom

Adresse : Commune :

Code Postal : Tél. Domicile : Tél. Travail : Portable :

N° Allocataire CAF ou MSA

Adresse où envoyer la convocation avant le départ de l'enfant si différente de celle des parents ou tuteurs légaux :

NOM Prénom

Adresse : Commune :

Code Postal : Tél. Travail : Portable :

Tél. Domicile :

Adresse de facturation si différente de c Prénom

NOM Prénom

Adresse : Commune :

Code Postal : Tél. Travail : Portable :

Tél. Domicile :

Joindre à ce bulletin d'inscription un acompte de 120 € par inscription.

Les chèques vacances sont acceptés en règlement partiel ou total de tous les séjours proposés dans notre catalogue.

Je m'engage à fournir avant le départ de l'enfant

- * tous les documents nécessaires à la facturation : CAF, MSA, JPA, Conseil Général, aide sociale à l'enfance....
- * à compléter tous les renseignements utiles au bon déroulement du séjour,
- * à régler le solde du séjour avant le départ de l'enfant.

J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de vente et les accepte.

Fait à
Le

Signature du représentant légal,

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON : FILLE

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole - Oreillons - Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
Ou DT Polio			Autre (préciser)		
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 et prénom de l'enfant avec la notice*).

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	ANGINE	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"/>
OTITE	ROUGEOLE	COQUELUCHE	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"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON

AUTRES OUI NON

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION? REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :
ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)
TEL. FIXE ET PORTABLE, DOMICILE BUREAU.....
NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussigné,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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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

Fiche à renvoyer à :
ADPEP53 - 41, rue Crossardière - 53000 LAVAL
Ou par mail : secretariat@lespep53.org



PRATIQUE D'ACTIVITES SPORTIVES EN C.V.L.

Votre enfant est inscrit à un séjour en centre de vacances durant lequel il pratiquera régulièrement une activité sportive et physique.

Un certificat médical préalable à la pratique de ces activités est exigé (Arrêté du 12 mars 1980)

ATTESTATION N°1

Pour les activités nautiques, un test destiné à permettre de vérifier la capacité à couvrir en nageant, une distance de 25 mètres est en plus rendu obligatoire - ATTESTATION N°2

Cette (ou ces) attestation(s) est (sont) à remettre au responsable des inscriptions, avant le départ des enfants. En l'absence de celle(s)-ci, l'association ainsi que les directeurs des séjours se réservent le droit, pour des raisons de sécurité, d'annuler certaines activités sportives ou nautiques.

ATTESTATION N°1

CERTIFICAT MEDICAL POUR LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE SPORTIVE (ou photocopie du certificat annuel d'aptitude dans la discipline déjà obtenue).

Je soussignéDocteur en médecine, exerçant à
certifie avoir examiné le jeune (né e le
et n'avoir constaté aucune contre-indication à sa participation à l'activité :

-> ESCALADE
-> CANOE-KAYAK
-> VOILE, PLANCHE A VOILE, KAYAK DE MER
-> ACTIVITES NAUTIQUES
-> AUTRES

D'un centre de vacances.

Fait à le,
Signature du médecin

ATTESTATION N°2

TEST DE NATATION (ou photocopie du brevet déjà obtenu)

Je soussigné(e) M.....Maître nageur diplômé(e), atteste que l'enfant
....., né(e) lesait nager et à prouvé son aptitude à
parcourir la distance de 25 mètres.

Fait à le,
Signature du M.N.S.

Fiche à renvoyer à :
ADPEP53 - 41, rue Crossardière -53000 LAVAL
Ou par mail : secretariat@lespep53.org



AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE

.....
L'article 9 du Code Civil donne à chaque individu le droit à la protection de son image.

Pour les mineurs, autorisation préalable des tuteurs ou parents est obligatoire.

Je soussigné,demeurant à
..... Déclare céder à l'Association des Pupilles de l'Enseignement Public (ADPEP)
le droit d'utiliser à titre gracieux sur différents supports d'information (bulletins de l'association, site WEB(PEP)...

>>L'image de mon enfant (précisez nom et prénom)
.....

Réalisée lors du déroulement du séjour de vacances de votre enfant.

Les images ne pourront, en aucun cas être dénaturées ou détournées de leur contexte par un montage ou tout autre procédé. La légende éventuelle ne pourra pas porter atteinte à la vie privée ou à la réputation de la personne

Fait à Le

Signature du responsable légal :
(à faire précéder de la mention "Lu et approuvé").

.....
Fiche à renvoyer à :
ADPEP53 - 41, rue Crossardière - 53000 LAVAL
Ou par mail : secretariat@lespep53.org