

Dossier d'inscription - Colonies de vacances Supernova

Dates de début et de fin du séjour : **au** **Nom et Prénom de l'enfant (en MAJUSCULES) :**

Quelle destination ? Urrugne (64) Bayonne (64) Pézenas (34) Agde (34) Le Grau du Roi (30) Casteljau (07) Die (26) Porticcio
 Autre

L'enfant est-il en situation de handicap ou présente-t-il des troubles du comportement ? oui - Non (***Si oui**, nous vous prions de contacter nos services au 04 77 73 17 31 ou par mail contact@coloniesnature.com afin de nous demander un dossier complémentaire à remplir qui nous permettra d'accueillir votre enfant dans les meilleurs conditions, ou le cas échéant, vous réorienter vers un séjour plus adapté à l'enfant concerné.*)

Merci d'indiquer ci-après **le ou les numéros joignables pendant le séjour du jeune inscrit (n° de portable obligatoire)**.

Nom- Prénom du contact (en MAJUSCULES)	Qualité du contact (père, mère, éducateur, astreinte...)	N° de portable obligatoire

Quelques questions pour mieux connaître votre enfant !

- L'enfant part-il pour la première fois en colo ? Oui Non
- Le départ en colonie est-il un choix de l'enfant ? Oui Non
- Pour quelles raisons l'enfant a-t-il choisi ce séjour en particulier ?

Une activité (si oui, indiquer laquelle) La destination Partir avec une connaissance

Autres

.....

- L'enfant a-t-il des attentes particulières par rapport au séjour choisi ? Oui Non.

Si oui, quelles sont-elles ?

.....

Concernant l'accueil de votre enfant en colonie de vacances, avez-vous des conseils ou informations complémentaires à fournir à l'équipe d'animation ?

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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

A REMPLIR AVEC SOIN ET A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA FICHE D'INSCRIPTION

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.

CENTRE ou SÉJOUR :

DATES :

I - ENFANT : NOM : Prénom :

Sexe : GARÇON FILLE Date de naissance :/...../.....

II - VACCINATIONS : (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPTÉRIQUE - ANTITÉNIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Trétracoq d'une prise polio RAPPELS	/...../.....
	/...../.....
	/...../.....
	/...../.....
	/...../.....

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		VACCIN		VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1 ^{er} VACCIN/...../.....	/...../.....	/...../.....
REVACCINATION/...../.....	1 ^{er} RAPPEL/...../.....	/...../.....

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM	/...../.....
	/...../.....

III - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ, EN PRÉCISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

IV - RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

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 ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

V - RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : Prénoms :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

.....

.....

.....

N° de S.S. : N° de Tél. : DOMICILE BUREAU

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

.....

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

DATE : Signature :

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

.....

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

ARRIVÉE LE/...../.....

DÉPART LE/...../.....