

DOSSIER D'INSCRIPTION – Colonies de vacances Supernova Juniors

Dates de début et de fin de séjour : **au** **Destination :**

Nom et prénom de l'enfant (en MAJUSCULES) :

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 colonies@supernova-juniors.com afin de nous demander un dossier complémentaire à remplir qui nous permettra d'accueillir l'enfant dans les meilleures 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 l'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 ?
.....
.....
- 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'encadrement ?

.....

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 - ANTIDIPHTHÉRIQUE - ANTITÉNIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

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

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

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ
 POURQUOI ?

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

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-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°s 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/...../.....