

SÉJOUR : **DOSSIER A RENDRE EN MAIRIE AU SERVICE JEUNESSE AVANT LE JEUDI 7 NOVEMBRE 2024 - 16h59**
 Séjour au Collet d'Alleverd - Du samedi 08 février (soir) au samedi 15 février 2024 (matin).
 Si votre enfant souhaite partager la chambre avec un ami, merci de préciser son nom et prénom :

PARTICIPANT :

NOM : Prénom :
 Date de naissance :/...../..... Sexe : Fille Garçon
 Classe suivie : Ecole :
 Est-il déjà parti en centre de vacances ? Non Oui L'enfant sait-il nager ? Non Oui
 Bénéficiez-vous de la Complémentaire Santé Solidaire : Non Oui Si oui, veuillez fournir une copie de votre attestation
 N° de sécu Nom de la mutuelle :
 Profession du père : Profession de la mère :
 Nom du responsable légal de l'enfant : Prénom : N°CAF :
 Adresse:
 Code Postal : Ville : Pays :
 Tél : Portable (obligatoire et joignable sur le départ et retour)
 Courriel (obligatoire pour communication des convocations, lettre du directeur...) :@.....

1 justificatif de domicile de moins de 3 mois à fournir

SÉJOUR À LA NEIGE : **Attention, les enfants, qui savent skier, seront répartis dans les groupes de débutants.**

Renseignements pour la préparation du matériel de ski :

Votre enfant a-t-il déjà skié ? Non Oui
 Si oui, quel est son niveau de ski ?
 Débutant (ourson à flocon)
 Maîtrisé (1^{ère} et 2^{ème} étoile)
 Confirmé (3^{ème} étoile)

Taille (cm)	
Poids (kg)	
Pointure	
Tour de tête (cm)	

VACCINATIONS : (VOUS DEVEZ NOUS JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE SANTÉ)

L'enfant est-il à jour dans ses vaccins ? Oui Non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

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

Rubéole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Votre enfant est-il sujet à l'asthme ? Non Oui
 Si oui, merci d'indiquer s'il suit un traitement (le fournir le cas échéant avec l'ordonnance du médecin)
 En cas de traitement médical au moment du séjour, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice) lors du départ. **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

ALLERGIES

Alimentaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicamenteuses : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Autres : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Précisez la cause de l'allergie ou régime alimentaire particulier :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre ainsi que toutes les recommandations utiles (port de lunettes, lentilles, prothèses diverses...)

Votre enfant a-t-il des comportements spécifiques ?

Autre(s) renseignement(s) :

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. Par ailleurs j'autorise la diffusion des photographies de l'enfant du séjour ; dans le cas contraire, merci de le préciser sur papier libre et de nous le remettre au service jeunesse.

LU ET APPROUVÉ
Signature obligatoire

le :/...../.....