

Choix 1 (Selon l'âge de l'enfant)

- Séjour Arradon « A toutes voiles 12/14 ans » (15/07 au 28/07)
- Séjour St Veran « Montagne en été 8/12 ans » (15/07 au 28/07)
- Séjour Vendée « Atlantic BIKE 13/15 ans » (22/07 au 04/08)
- Séjour Arradon « A toutes voiles 12/14 ans » (05/08 au 18/08)
- Séjour St Veran « Montagne en été 8/12 ans » (05/08 au 18/08)
- Séjour La Giettaz « Eaux vives 13/15 ans » (05/08 au 18/08)

Choix 2 (Selon l'âge de l'enfant)

- Séjour Arradon « A toutes voiles 12/14 ans » (15/07 au 28/07)
- Séjour St Veran « Montagne en été 8/12 ans » (15/07 au 28/07)
- Séjour Vendée « Atlantic BIKE 13/15 ans » (22/07 au 04/08)
- Séjour Arradon « A toutes voiles 12/14 ans » (05/08 au 18/08)
- Séjour St Veran « Montagne en été 8/12 ans » (05/08 au 18/08)
- Séjour La Giettaz « Eaux vives 13/15 ans » (05/08 au 18/08)

L'ENFANT :

NOM :		PRENOM:	<input type="checkbox"/> VIANDE <input type="checkbox"/> SANS VIANDE <input type="checkbox"/> SANS PORC
Filles <input type="checkbox"/> Garçons <input type="checkbox"/> Age de l'enfant le jour du départ :	Date et lieu de naissance : ... /... /... à.....		Fratrie préinscrite à un séjour : Nom : Prénom : Séjour :

RESPONSABLES LEGAUX :

Parents (ou responsable/s légal /aux)	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Situation de famille <input type="checkbox"/> couple <input type="checkbox"/> parents divorcés, séparés <input type="checkbox"/> garde alternée <input type="checkbox"/> autre à préciser :	Nom : Prénom : Adresse :	Nom : Prénom : Adresse :
Pour toute situation particulière, merci de joindre la photocopie des documents officiels	Portable parent : Mail : Téléphone Pro :	Portable parent : Mail : Téléphone Pro :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Nom :	Prénom :	Lien de parenté :
Téléphone portable :		
Nom :	Prénom :	Lien de parenté :
Téléphone portable :		
Je soussigné/e / Nous soussignons, Mr et/ou Mme autorise/ons lesdites personnes citées ci-dessus à prendre mon/notre enfant et décharge la direction de toute responsabilité. Je certifie / Nous certifions que les personnes citées sont âgées d'au moins 18 ans.		
Signature(s) du/des responsable(s) légal/aux : <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Monsieur : Madame : </div>		
Pour des raisons de sécurité, une pièce d'identité sera demandée à la/aux personne/s désignée/s		

AUTORISATIONS :

AUTORISE mon enfant à participer aux activités spécifiques suivantes :			
Activités « pleines nature »	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Escalade/Accrobranche/Spéléo
Sports collectifs/d'opposition	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Equitation/Poney
Cyclisme/Vélo/Randonnée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Canyoning/Rafting/Hydro speed
Sports nautiques / natation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Réussite du test d'aisance aquatique
AUTORISE la direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires pour l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention, etc.).			
ATTESTE avoir pris connaissance du règlement intérieur des centres de vacances			
AUTORISE la collectivité à utiliser mes coordonnées pour m'informer par SMS ou mail			
AUTORISE le centre de vacances à prendre des photos et films lors des activités et à la publication gracieuse de l'image de mon enfant pour les supports de communication du/des centre/s de vacances.			

A REMPLIR PAR LA FAMILLE
Se référer au carnet de santé de l'enfant

2023 / 2024 INFORMATIONS SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

Taille :

Poids :

N° SECURITE SOCIALE sous lequel est déclaré l'enfant Clé

L'ENFANT PORTE UN APPAREIL (auditif, dentaire, lunettes, ...) ; si oui, lequel :

Information(s) particulière(s), (ex. : à retirer dans la cour, etc.) :

VACCINS :

A jour du DT Polio : OUI

NON

A jour du BCG :

OUI

NON

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

Rougeole

Rubéole

Oreillons

Varicelle

Coqueluche

Scarlatine

L'ENFANT EST CONCERNÉ PAR UN Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

Si oui, précisez :

JOINDRE UNE COPIE DU PAI

L'ENFANT A-T-IL UN TRAITEMENT EN COURS

Si oui, précisez :

JOINDRE UNE COPIE DE L'ORDONNANCE

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES

Si oui, précisez :

L'ENFANT EST-IL PORTEUR DE HANDICAP /

OUI

NON

Si OUI, merci de prendre contact avec le Service.

L'ENFANT A DÉJÀ ÉTÉ HOSPITALISÉ / OPÉRÉ POUR (quelle(s) raison(s)) **EN** (précisez l'année) :

.....

AUTRE(S) OBSERVATION(S) CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT :

.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

TELEPHONE :

Je/Nous soussigné/e/ons, responsable/s de l'enfant mineur, déclare/ons exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage/nous engageons à les réactualiser si nécessaire.

DATE ET SIGNATURE :

** **Attestation de sécurité sociale de l'enfant OBLIGATOIRE** **

** **Attestation de la carte de mutuelle SOUHAITABLE** **

L'inscription entraîne un traitement numérique, nécessaire à la gestion et à la facturation des personnes qui en utilisent les services. Selon le Règlement Général de Protection des Données en date du 25 mai 2018, vous pouvez demander à consulter ou à obtenir communication des données selon les modalités décrites dans la rubrique CNIL du site de la Ville (www.ville-aubervilliers.fr).