

Choix 1 (Selon l'âge de l'enfant)

Séjour Vendée « Atlantic BIKE 13/15 ans » (22/07 au 04/08)

Séjour Corse « Ile de beauté 15/17 ans » (05/08 au 19/08)

Séjour La Giettaz « Eaux vives 13/15 ans » (05/08 au 18/08)

Choix 2 (Selon l'âge de l'enfant)

Séjour Vendée « Atlantic BIKE 13/15 ans » (22/07 au 04/08)

Séjour Corse « Ile de beauté 15/17 ans » (05/08 au 19/08)

Séjour La Giettaz « Eaux vives 13/15 ans » (05/08 au 18/08)

L'ENFANT :

NOM : PRENOM: VIANDE SANS VIANDE SANS PORC

Fille <input type="checkbox"/> Garçon <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 :		
Monsieur :		Madame :
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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sports collectifs/d'opposition	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Equitation/Poney	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Cyclisme/Vélo/Randonnée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Canyoning/Rafting/Hydro speed	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sports nautiques / natation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Réussite du test d'aisance aquatique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

AUTORISE la direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires pour l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention, etc.). oui non

ATTESTE avoir pris connaissance du règlement intérieur des centres de vacances oui non

AUTORISE la collectivité à utiliser mes coordonnées pour m'informer par SMS ou mail oui non

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. oui non

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).