

## Séjours enfants maternelles de 4 à 6 ans ETE 2024

**Choix 1 (Selon l'âge de l'enfant)**

Séjour St Hilaire « Au gré du vent 4/6 ans » (15/07 au 21/07)

Séjour St Hilaire « Au gré du vent 4/6 ans » (05/08 au 11/08)

**Choix 2 (Selon l'âge de l'enfant)**

Séjour St Hilaire « Au gré du vent 4/6 ans » (15/07 au 21/07)

Séjour St Hilaire « Au gré du vent 4/6 ans » (05/08 au 11/08)

### 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
<b>Situation de famille</b> <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 : ..... ..... .....
<b>Pour toute situation particulière, merci de joindre la photocopie des documents officiels</b>	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.		
<b>Signature(s) du/des responsable(s) légal/aux :</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>Monsieur :</span> <span>Madame :</span> </div>		
<b><u>Pour des raisons de sécurité, une pièce d'identité sera demandée à la/aux personne/s désignée/s</u></b>		

### AUTORISATIONS :

<b>AUTORISE</b> 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		
.....			
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
<b>AUTORISE</b> la direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires pour l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention, etc.). <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>			
<b>ATTESTE</b> avoir pris connaissance du règlement intérieur des centres de vacances <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>			
<b>AUTORISE la collectivité</b> à utiliser mes coordonnées pour m'informer par SMS ou mail <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>			
<b>AUTORISE</b> 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. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>			

**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](http://www.ville-aubervilliers.fr)).