Fiche de Renseignements
Séjours Juillet 2026

***Nous vous demandons de remplir avec soin tous les items de la fiche.**
Tout dossier incomplet n'est pas accepté.

Photo de l'Enfant
Récente
Obligatoire

Quel séjour :

☐ **LS du Jeudi 09/07 au Lundi 27/07**
Présence visite des parents dimanche 19/07 ☐ **oui** ☐ **non**

☐ **MS du Lundi 27 Juillet au Vendredi 7 Août**

Lieu de Départ : ☐ SENAS ☐ St ANDIOL

Nom et Prénom de l'Enfant : ……
Né(e) le :…… A :…… Age :……
☐ Masculin ☐ Féminin
Poids :…… Taille :……
Classe fréquentée :…… Frère(s) et Sœur(s) :……
Activité Sportive : …… N° Allocataire CAF/MSA ……
Habitué(e) à fréquenter « La Colonie » : ☐ Oui ☐ Non Nombre de fois : …..

Coordonnées Familiales
Nom et Prénom du Responsable légal
1 :……

Mail :…… ……

Profession :…… Employeur :…… ……

Adresse Habituelle :
……
Code Postal :…… Ville :…… ……

Nom et Prénom du Responsable légal
2:……

Mail :…… ……

Profession :…… Employeur :…… ……

Adresse Habituelle :
……
Code Postal :…… Ville :…… ……

Y a-t-il un suivi éducatif AEMO, SESSAD, CMP?
……

**** Tous les renseignements fournis sur l'enfant et sa famille restent confidentiels.***

Organismes d'Assurance

☐ CPAM ☐ MSA ☐ Autre : ……..…..

N° d'Assuré SS : …….. Département : ……..…

Responsabilité Civil et Individuelle : Nom :…… N° d'Assuré……

Personne à prévenir en cas d'Urgence autre que responsable légal

Nom et Prénom :……..……..

……..

Lien de Parenté :……..…

« J'autorise cette personne à récupérer mon enfant si nécessaire. »

Autorisations :

Je soussigné(e)……..

Responsable légal de l'enfant ……..…….. autorise le responsable du Séjour à faire donner tous les soins médicaux qui pourraient être nécessaires à mon enfant en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation et avis d'un médecin. Je m'engage, s'il y a lieu à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutique avancés pour le compte de mon enfant.

Je déclare : ***(Merci de cocher les cases suivantes)***

- ○ L'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
- ○ Avoir pris connaissances du Règlement Intérieur.
- ○ Autoriser mon enfant à pratiquer les activités et à prendre les transports durant le Séjour.
- ○ *Droit à l'image : Des photos et des vidéo peuvent être réalisées pendant le séjour, et des parutions sur la page FACEBOOK « Colonie la Provençale », si vous ne souhaitez pas que votre enfant y figure : Barrez cette phrase sinon merci de cocher.*

Fait à :……..

Le :……..

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé » :

**** Tous les renseignements fournis sur l'enfant et sa famille restent confidentiels.***

FICHE D'URGENCE

Nom :……**Prénom :**…….……

Date de Naissance : ……

Responsable Légal 1 / Nom……
N° de téléphone……

Responsable Légal 2 / Nom……
N° de téléphone……

Allergies □ Alimentaires
(préciser) :……
□ Médicamenteuses
(préciser) :……
□ Acariens □ Pollens □ Poils animaux
□ Autres
(préciser) :……

□ **Asthme** □ **Diabète** □ **Epilepsie** □
Autre :……

Antécédents
médicaux :……
Traumatismes du corps antérieurs
(préciser) :……
Hospitalisations (préciser avec
dates) :……
Quelles sont les activités interdites suite à ces traumatismes et à cause des antécédents médicaux ?
……
……

PAI □ oui, préciser :…… □ non
Notification MDPH □ oui, préciser :…… □ non
L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour □ oui □ non
Si oui, fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants au moment du départ (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice et marquées au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Date dernier vaccin ROR (Rougeole, Oreillons,Rubéole) :
……
Groupe sanguin si connu :……
Port de lunettes □ oui □ non
Appareil dentaire □ oui □ non
Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier et pour quelles pathologies ?
□ oui, préciser :…… □ non

**** Tous les renseignements fournis sur l'enfant et sa famille restent confidentiels.***

Autres renseignements que vous trouverez utiles de porter à la connaissance de la Direction :

……

……

……

Pour nous faciliter la tâche et permettre la bonne organisation de la prise en charge, nous demandons aux parents de signaler par écrit avant le départ les difficultés dont souffre leur enfant ou tous autres problèmes survenus et ; de nous communiquer toutes les informations utiles à sa prise en charge dans les meilleures conditions. Il est de votre responsabilité de nous le signaler par écrit avant le départ.

Le syndicat intercommunal Sénas – Saint Andiol et la direction de la colonie « La Provençale » se dégagent de toutes responsabilités si des antécédents médicaux n'ont pas été signalés et engendrent des problèmes liés à une activité durant le séjour.

Je soussigné(e) ……., responsable légal de l'enfant……., -déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
-autorise le responsable du Séjour à faire donner tous les soins médicaux qui pourraient être nécessaires à mon enfant en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation et avis d'un médecin. Je m'engage s'il y a lieu à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques avancés pour le compte de mon enfant. Je m'engage également à venir chercher mon enfant sur le Centre s'il ne peut poursuivre les activités proposées.

Fait à ……., le…… Signature(s) :

**** Tous les renseignements fournis sur l'enfant et sa famille restent confidentiels.***

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa
N° 10008*02

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐ Poids : .....kg ; Taille : .....cm

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et les informations sont nécessaires en cas d'urgence.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES après 01/01/2018	DATES DERNIERS RAPPELS
DIPHTERIE		COQUELUCHE	
TETANOS		ou TETRA COQ	
POLIOMYELITE		ROUGEOLE	
ou DT Polio		OREILLONS	
ou TETRA COQ		RUBEOLE	
		ou ROR	
Vac. Conseillé		HEPATITE B	
BCG		MENINGOCOQUE C	
		PNEUMOCOQUE	
autres :		HAEMOPHILUS INFLUENZA B	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants ***(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)***

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES _____

Diabète oui ☐ non ☐ **Epilepsie** oui ☐ non ☐ **Acariens** oui ☐ non ☐

Pollens oui ☐ non ☐ Animaux oui ☐ non ☐

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

**** Tous les renseignements fournis sur l'enfant et sa famille restent confidentiels.***

PAI oui ☐ non ☐ **joindre le document**

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION,RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.)

_____
_____
_____

Quelles sont les activités interdites suite à ces traumatismes ou à cause des antécédents

_____
_____

médicaux :

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

_____
_____
_____

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐ OUI ☐

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON ☐ OUI ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (hors cadre médical)	
☐ sans porc	☐ sans viande

Autre : ……
……

Fait à ……, le…… Signature(s) :

**** Tous les renseignements fournis sur l'enfant et sa famille restent confidentiels.***

Dossier inscription
Séjour ÉTÉ 2026

Pièces obligatoires à joindre au dossier d'inscription

☐ Photocopie de la carte vitale

☐ Attestation de droits à l'assurance maladie

☐ Attestation d'assurance responsabilité civile

☐ Photocopie des vaccins

☐ Attestation d'aisance aquatique

☐ Photo de l'enfant à coller sur le dossier

** Tous les renseignements fournis sur l'enfant et sa famille restent confidentiels.*