Fiche de Renseignements
Séjour FÉVRIER 2027

Nous vous demandons de remplir avec soin tous les items de la fiche .
Tout dossier incomplet ne sera pas accepté .

Photo de l'Enfant

Récente

Obligatoire

Séjour

☐ **SÉJOUR NEIGE :DIMANCHE 21 au SAMEDI 27 FÉVRIER 2027 – 6-14ans**

Départ **SENAS** **Parking Ecole Jean Moulin 2**

Avenue des jardins 13560 Sénas

Niveau de ski ☐ **débutant** ☐ **flocon** ☐ **étoiles ....** ☐ **autres .....**

Taille :..... **Poids :.....** **Pointure:.....**

Nom et Prénom de l'Enfant : .....

Né(e) le :..... A :..... Age :.....

☐ Masculin ☐ Féminin

Poids :..... Taille :.....

Classe fréquentée :..... Frère et Sœur :.....

Activité Sportive : ..... N° Allocataire CAF / MSA .....

Habitué(e)(e) à fréquenter « La Colonie » : ☐ Oui ☐ Non Nombre de fois :

Coordonnées Familiales

Nom et Prénom du Responsable légal :..... **Mail :**.....

Nom et Prénom du Père :..... .....

Profession :..... Employeur :..... .....

Adresse Habituelle : .....

Code Postal :..... Ville :..... .....

Mail :.....

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

Nom et Prénom de la Mère :……

Profession :…… Employeur :…… ……

Adresse Habituelle : ……

Code Postal :…… Ville :…… ……

Mail :……

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

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 autres 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 :…….. **Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé » :**

Le :……

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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 - VACCINATION

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.

Date dernier vaccin ROR (Rougeole, Oreillons,Rubéole) : .....

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

□ Alimentaires (à préciser) :……

□ Médicamenteuses (à préciser) :……

□ Acariens □ Pollens □ Poils animaux

□ Autres (préciser) :……

……

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

Antécédents médicaux :……

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier et pour quelles pathologies ?

□ oui, préciser :…… □ non

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 et à fournir:…… □ non

Notification MDPH □ oui, préciser :…… □ non

Groupe sanguin si connu :……

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC…PRÉCISEZ.

Port de lunettes □ oui □ non

Appareil dentaire □ oui □ non

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

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.

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 : .....

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

En cas d'Urgence :

-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) :

Dossier inscription
Séjour FÉVRIER 2027

Pièces obligatoires à joindre au dossier d'inscription

☐ **Photo de l'enfant à coller sur le dossier**

☐ **Photocopie de la carte vitale**

☐ **Attestation de droits à l'assurance maladie famille (Ameli)**

☐ **Attestation d'assurance responsabilité civile ou extrascolaire**

☐ **Copie carnet vaccination**

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