

**Fiche d'inscription
Séjour Familles Rurales 2024
GUIDEL**

Photo de l'enfant
ou du jeune

CHOIX DU SEJOUR :

SEJOUR « AVENTURES EN BORD DE MER » - 6 - 11 ans Du Dimanche 28 Juillet au Vendredi 2 Août 2024	
---	--

L'ENFANT

Nom : Prénom :

Sexe : F – M Age :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

N° de sécurité sociale de l'enfant (rattachement) :

CAF MSA Autre (précisez) :

OBLIGATOIRE :

Adhésion Familles Rurales 2024

Département :

Association :

SA FAMILLE

IDENTITE DU PARENT 1 ou tuteur légal	IDENTITE DU PARENT 2 ou tuteur légal
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Profession :	Profession :
Adresse du domicile :	Adresse du domicile : (à compléter seulement si elle est différente de celle de l'autre parent)
Tél. Fixe : Tel portable : Tel pro : _/_/_/_/_ _/_/_/_/_ _/_/_/_/_	Tél. Fixe : Tel portable : Tel pro : _/_/_/_/_ _/_/_/_/_ _/_/_/_/_
Email :	Email :

Situation des parents : Célibataire Concubinage Pacsés Mariés Séparés Divorcés Veuf.ve
Autorité parentale : conjointe parent 1 parent 2

Facturation : Les factures sont adressées : • <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Au tuteur légal • <input type="checkbox"/> Par courrier postal <input type="checkbox"/> par mail	Coût du séjour : Prix total du séjour	€
---	--	----------

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant
(Une pièce d'identité sera demandée)

Nom : Prénom : Qualité : Tél :

Nom : Prénom : Qualité : Tél :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Nom et prénom des parents : Téléphone :

P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Médecin traitant :

Nom : Tél. du cabinet :

Adresse :

Vaccinations :

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé de l'enfant.
Si le mineur n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements concernant le mineur : (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Poids : Taille :

Suit-il un traitement médical : 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).

Allergies :

Alimentaires : Oui Non :

Médicamenteuses : Oui Non :

Autres (même occasionnelles) : Oui Non :

En cas de réponse positive, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Problèmes médicaux particuliers :

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

Lesquels ?

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, ...

.....
.....
.....

INFORMATIONS SPORTIVES : Mon enfant sait nager : Oui Non

Signature du parent 1 ou représentant légal :

Signature du parent 2 ou représentant légal :