

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

Photo de l'enfant  
ou du jeune

**CHOIX DU SEJOUR :**

<b>SEJOUR « AVENTURES EN BORD DE MER » - 6 - 11 ans</b> 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

<b>Facturation :</b> 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	<b>Coût du séjour :</b> <b>Prix total du séjour</b>	€
---	--	---

**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 :