

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc.. Précisez.

.....
.....

REGIME ALIMENTAIRE

Sans porc Sans viande Végétarien

.....
.....

Votre enfant fume t-il ?

OUI NON

MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin Numéro de téléphone

Adresse

Code postal Ville

A QUI TELEPHONER EN CAS D'URGENCE PENDANT LE SEJOUR ?

NOM Prénom Téléphone

Je soussigné(e)
responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements
portés sur cette fiche sanitaire.

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, après consultation médicale toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires par l'état de l'enfant et à reprendre le mineur à sa sortie d'hôpital.

J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

A Le/...../20.....

Signature :

Contact :

PEPS

3 RUE DU CASINO

30200 BAGNOLS SUR CEZE

Par téléphone : 04 66 33 80 12

Par mail : secretariatpepsformation@gmail.com



DOSSIER D'INSCRIPTION

LE JEUNE PARTICIPANT AU SEJOUR

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Âge :

Sexe : M / F

N° de sécurité sociale :

PHOTO
D'IDENTITE
DU
JEUNE



PIECES A FOURNIR

<input type="checkbox"/>	Dossier d'inscription rempli et signé	<input type="checkbox"/>	Copie de l'attestation de droits CPAM
<input type="checkbox"/>	Fiche sanitaire remplie et signée	<input type="checkbox"/>	Attestation CMU
<input type="checkbox"/>	Copie des vaccins	<input type="checkbox"/>	Copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile
<input type="checkbox"/>	Test d'aisance aquatique	<input type="checkbox"/>	CAF : attestation quotient familial + bons CAF
<input type="checkbox"/>	Photocopie de la Carte d'Identité à jour	<input type="checkbox"/>	Dernier avis d'imposition
<input type="checkbox"/>	Passeport valide	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport	<input type="checkbox"/>	

DOSSIER COMPLET LE / / 20.....

LE SEJOUR	N° DE DOSSIER :
Titre du séjour choisi	Prix du séjour :€
Date du séjour : du/...../20..... au/...../20.....	Aide CAF : € =€
Adhésion à PEPS : <input type="radio"/> OUI / <input type="radio"/> NON	Acompte :
	D'un montant de :.....€
	Versé le :/...../20.....
	Reste à payer :€

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

	<u>RESPONSABLE LEGAL 1 :</u>	<u>RESPONSABLE LEGAL 2</u>
<i>Précisez :</i> Père / Mère / Tuteur		
NOM		
Prénom		
Adresse		
Code Postal / Ville		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Téléphone professionnel		
Adresse mail		
N° allocataire CAF		

ASSISTANTE FAMILIALE OU MECS (OU AUTRE LIEU DE VIE)

Structure :

.....

NOM : Prénom :

Adresse.....

Code Postal Ville Téléphone portable

Mail

Je soussigné(e) Père Mère tuteur
responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements
portés sur cette fiche de renseignements. J'autorise mon enfant à participer au séjour et à l'ensemble des activités.

Autoriser Ne pas autoriser L'utilisation et la diffusion de photos ou vidéos de mon enfant prises ou réa-
A Le / / sées durant les activités de son séjour.

Signature :

FICHE SANITAIRE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT

LES VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de votre enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéoles-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME AIGÛ		SCARLATINE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES :

Asthme : oui / non

Médicamenteuses : oui / non

Alimentaire : oui / non

Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

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

INDIQUEZ CI-APRES : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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