

Représentant légal (nom)
Père Mère Tuteur légal

Adresse principale.....
..... Tél.....

Adresse durant le séjour.....
..... Tél.....

Adresse Mail@.....

N° S.S. de la personne couvrant le jeune.....

Adresse du centre.....

N° C.A.F. / M.S.A.....

N° de tél divers (portable, voisins, lieux de vacances, grands parents)
.....

AUTORISATIONS

Je soussigné (nom du responsable légal).....

1. m'engage à reverser au P.L.E.B, en cas de maladie du jeune pendant le séjour, le montant des dépenses engagées pour le traitement (médical ou hospitalier) .

2. autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues

3. déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

4. autorise le P.L.E..B à diffuser pour sa communication des photos sur lesquelles mon enfant apparaît oui non barrer la mention inutile

A.....le.....
(faire précéder la signature de la mention "Lu et approuvé")

Signature

Aucune inscription n'est définitive sans dossier complet



DOSSIER INSCRIPTION ASCOU-PAILHERES

Du 26 février au 2 mars 2012

Photo

Récente

Obligatoire

A coller ici

Nom et prénom du jeune.....

Fille garçon

Date de naissance.....

Lieu de naissance.....

Taille poids..... Pointure.....

Tour de tête (casque ski)

Ecole fréquentée.....

PAIEMENT Chèque à l'ordre du P.L.E.B. Espèces
 Autre (chèque vacances, C.E.,.....)

Acompte 100 € + Adhésion* 5 € + Assurance 10 €

*Une seule adhésion par famille toutes activités confondues.

Le solde est à payer avant le départ, lors de la réunion de présentation

Joindre tout justificatif de prise en charge (CE, Mairie, etc..)

REFUSE si fourni après le départ du séjour.

Pièce à joindre

Règlement de l'acompte Justificatif de prise en charge

Aucune inscription n'est prise en compte s'il n'y a pas d'acompte
Toute **annulation de séjour** implique la perte de l'acompte sauf sur
présentation d'un **certificat médical**.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom..... Prénom.....

Sexe fille garçon Né(e) le

Groupe sanguin

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant.

Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations ou joindre la photocopie du carnet de santé

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatites B	
Tétanos				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
B.C.G.					

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.

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui joindre l'ordonnance récente et les médicaments avec la notice dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant.

Votre enfant souffre-t-il d'allergie ? oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir.....

.....

Maladies contractées depuis la naissance :

Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Otite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Angines	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rhumatismes articulaires aigu	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			
Asthme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	scoliose	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

L'enfant mouille-t-il son lit oui non occasionnellement

L'enfant porte-t-il des lunettes ou des lentilles oui non
 des prothèses auditives oui non
 des appareils dentaires oui non

Autres préciser.....

DIFFICULTES DE SANTE (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducations)

Préciser les dates et les précautions à prendre.

OBSERVATIONS

Noter ici les indications que vous jugez utiles (comportement de l'enfant, recommandations particulières, régimes alimentaires,...)