



FICHE D'INSCRIPTION

CAMP DU 28 JUILLET AU 5 AOUT 2022

ENFANT :

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Assurance : _____

2ème ENFANT :

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Assurance : _____

REPRESENTANT LEGAL (Père - Mère - Tuteur) Rayer les mentions inutiles :

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____

Email : _____
N° de téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Portable père : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Portable mère : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse et n° de téléphone de l'employeur (en cas d'urgence) :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

N° de téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Je soussigné(e), Madame, Monsieur _____, représentant légal de _____ inscrit mon enfant pour le camp du 28 juillet au 5 aout et l'autorise à participer aux ateliers cirque, je m'engage aussi à régler la somme de 500 € Par ailleurs, j'autorise le (la) responsable à prendre toutes les mesures jugées nécessaires par le médecin en cas d'accident durant les ateliers et m'engage à rembourser l'association Circonflex des frais médicaux (déduction faite des remboursements d'assurance). Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Merci de bien vouloir nous ramener un certificat médical indiquant que votre enfant est apte à pratiquer l'activité cirque, joindre photocopie carnet vaccination, de la carte vitale du représentant légale et un chèque d'acompte de 150 euros

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Signature :

Pensez à :

- Sac de couchage (chaud, les nuits peuvent être fraîche) + un drap au cas ou au contraire il fait très chaud
- Tapis de sol (pas quelque chose de trop gros), souvent les matelas gonflables se perce
- Lampe de poche
- Crème solaire
- 2 serviettes de toilette
- Trousse de toilette (avec des élastiques pour les cheveux longs)
- Argent de poche
- Pyjamas
- Sac pour le linge sale
- **une gourde**
- chaussure d'eau (impératif)
- chaussure pour courir (grands jeux)
- Casquette

Pour les costumes :

- 1 Pantalon noir unis
- 1 Tee-shirt blanc unis
- 1 Tee-shirt colorés unis

Si vous le souhaitez :

- Jeux divers (cartes, uno...), livres.
- Appareil photo
- 1 traitement anti-poux au cas où...

**Merci de bien vérifier que votre enfant n'a pas de poux
avant son arrivée au camp.**



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

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

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

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 :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :