

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur certifie que
Est apte à la pratique d'activités nautiques ou terrestres et ne présente aucun danger de contagion.

Fait à Signature cachet (obligatoire)
Le

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mme, M., mère, père, tuteur de l'enfant investi(e) de l'autorité parentale ou de la garde de l'enfant, l'autorise à participer au stage organisé par la Base de Loisirs,

- Autorise Mme, Mr à récupérer mon enfant en fin de stage.
 Autorise mon enfant à entrer par ses propres moyens et sous ma responsabilité.

Fait à Signature
Le

Attestation de natation (à remplir par le maître nageur ou joindre photocopie)

Je soussigné(e) Mme, Mr , Maître Nageur Sauveteur à la piscine de certifie que l'enfant a accompli avec succès mètres en nage libre.

N° de diplôme du MNS :

Fait à Signature
Le

CLAUSE D'ANNULATION

En cas d'annulation, vous vous engagez à régler :

- De 30 à 14 jours avant le début du stage : 50 % du prix du stage
De 14 à 3 jours avant le début du stage : 75 % du prix du stage
48 heures avant le début du stage : l'ensemble du stage

Partie réservée à l'administration

<input type="checkbox"/> Cocktail pension-complète	<input type="checkbox"/> Demi-pension	<input type="checkbox"/> Spécifique	Montant :			
Réglé le	Reçu n°	CHEQ.	CE	CV	ESP	CB
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Léry-Poses

« L'Espace de Loisirs »

DOSSIER D'INSCRIPTION

Date d'envoi : ____/____/____

Date limite de renvoi du dossier : ____/____/____

Stage : _____

Du ____/____/____ au ____/____/____

Montant : _____ €

Votre demande ne sera prise en compte qu'à réception de ce dossier dûment rempli accompagné de **la totalité du montant du ou des séjour(s)** ainsi que du certificat médical et de l'attestation de natation. (Libellez votre chèque à l'ordre du « Trésor Public »)

NOM:	Prénom :
Date de naissance :	Age :
Adresse	
CP :	VILLE :
Tél. Dom :	Tél. Travail :
Portable :	En cas d'urgence :
E-mail :	
Numéro allocataire CAF Eure:	

N'oubliez pas de joindre le certificat médical et l'attestation de natation.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE 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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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