## FICHE D'INSCRIPTION



Séjour :
Dates: du au
☐ Individuel - ☐ CE :



□ Autres :	Photo récente				
- L'ENFANT -					
NOM :	SÉJOUR NEIGE				
PRÉNOM :	Taille de l'enfant : Poids :				
Date de naissance : (jj/mm/aaaa)	Pointure chaussures de ville :				
Nationalité : Sexe : ☐ F - ☐ M	Choix de l'activité : ☐ SKI - ☐ SURF Option : ☐ ESF				
Sait-il nager : ☐ OUI - ☐ NON	SKI:   débutant -   Flocon - Étoile   1   2   3 ou plus				
Est-il déjà parti en centre de vacances : □ OUI - □ NON Part-il avec un(e) ami(e), précisez nom et prénom :	SURF : □ débutant - □ Initial - Surf □ 1 □ 2 □ 3 ou plus				
	à remplir selon la thématique et les activités du séjour (Cf. descriptif du séjour - www.planeteaventures.fr)				
- RESPONSABLE LÉGAL(E) DE L'ENFANT -					
☐ PARENTS - ☐ TUTEUR(S) - ☐ AUTRE, précisez :					
Autorité parentale de l'enfant : □ Conjoi					
NOM:	PRÉNOM :				
Adresse :					
Code Postal :Ville :					
Portable 1   _  _   Portable	e 2   _  _				
@ Mail (pour les informations relatives au séjour) :					
Profession père :Profession mère :					
N° sécurité sociale :	.     CMU : □ OUI - □ NON  Joindre copie de l'attestation				
Autorisation de diffusion des photographies de votre enfant (Internet,	, blog, brochure,)				
- PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'ABSENCE	DU RESPONSABLE LÉGAL DURANT LE SÉJOUR -				
□ M □ MmeL	ien de parenté avec l'enfant :				
Portable   _  _  _  _  _					
Je soussigné,renseignements portés sur cette fiche et certifie avoir pris conn					
•	ire précédée de la mention approuvé"				

## FICHE SANITAIRE



Séjour :				
Nom de l'enfant :				
Date de naissance :	(jj/mm/aaaa	a)	☐ Garçon - ☐ Fille	
1- VACCINATIONS	(se référer au carnet de sa	nté ou aux certificats de v	raccinations de l'enfant)	
•	du carnet de vaccination	de votre enfant laissar	- □ NON nt apparaître son nom et son prénon ouvez également nous faire parvenii	•
			Date :	
Si l'enfant n'a pas les vaccin ATTENTION : le vaccin anti				
2- RENSEIGNEMENTS MÉDIC	CAUX CONCERNANT I	L'ENFANT		
	t les <b>médicaments</b> corresp ent ne pourra être pris san DUI - □ NON	oondants (boites de méd s ordonnance.	icaments dans leur emballage d'origine m	ii, joindre au départ du narquées au nom de l'enfant
☐ - RUBÉOLE	☐ - VARICELLE	☐ - ANGINE	□ - RHUMATISMES	☐ - OREILLONS
☐ - SCARLATINE	·		☐ - ROUGEOLE	
ALLERGIES :		MÉDICAMENTEUSES		
Précisez les allergies et régimes ali	mentaires :			
Médecin traitant :			Tél :	
3- RECOMMANDATIONS DE	S PARENTS			
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE R		)N	Incontinence :	☐ OCCASIONNELLE
	aladie, accident, crises convul		ration, rééducation, autre trouble du comp	portement) en précisant les
Recommandations utiles concerna	ınt votre enfant (lentilles, lu	nettes, prothèses auditive	es, prothèses dentaires etc.), précisez :	
Recommandations utiles concerna  4- RESPONSABLE LÉGAL(E) E		nettes, prothèses auditive	es, prothèses dentaires etc.), précisez :	
4- RESPONSABLE LÉGAL(E) [	DE L'ENFANT			
4- RESPONSABLE LÉGAL(E) DOMET PRÉNOM :	DE L'ENFANT			
4- RESPONSABLE LÉGAL(E) E  IOM ET PRÉNOM :	DE L'ENFANT			
NOM ET PRÉNOM :	DE L'ENFANT	Portable 2    esponsable légal(e) de éant, toutes mesures (		 nements portés sur cette intervention chirurgicale