

**Merci de rendre ce dossier complet pour valider  
l'inscription (inscription préalable via billetweb  
obligatoire)**

## **INFORMATIONS**

**ORGANISATEUR : Centre de Vacances des Alpes**

**DIRECTEUR DE SÉJOUR : Alain MUSTACCHI**

**DEBUT : Samedi 8 Avril 2023 à 10h30**

**FIN: Lundi 10 avril 2023 à 14h00**

**LIEU : Centre de Vacances des Alpes  
100 RN 85 Serre Niou  
05000 Neffes**

**TARIF : 70 euros**



**Pâque**  
DE LA MORT A LA VIE

**Du 08 Avril au  
10 Avril 2023**  
CAMP D'ADOS 13-17 ans  
Avec Matthieu Agius et Samuel Hoarau  
Tarif : 70€

 AU CENTRE DE VACANCES DES ALPES  
INSCRIPTION SUR CVALPES.FR OU VIA LE QR-CODE



## FICHE D'INSCRIPTION

### ENFANT

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

NÉ(E) LE \_\_\_\_\_ SEXE F M

LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE \_\_\_\_\_

*Joindre copie de l'attestation de sécurité sociale + copie de l'attestation de la mutuelle.*

ADRESSE \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

### REPRÉSENTANTS LÉGAUX

NOM et Prénom du père

\_\_\_\_\_

NOM et Prénom de la mère

\_\_\_\_\_

Tél portable \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

### ASSURANCE :

Enfant affilié à une assurance extrascolaire  
avec responsabilité civile pour l'année en cours :

Oui Non



## AUTORISATION ET DECHARGE

- J'autorise le Directeur du camp à faire pratiquer toute intervention chirurgicale, nécessaire en cas d'urgence. **Oui**  
**Non**
- J'autorise le Directeur à utiliser des photos et vidéos, où mon enfant apparaîtrait, par tous les moyens actuels (vidéos, diaporamas, tracts, dépliants, plaquettes, internet, etc.) pour lui permettre de donner des nouvelles aux parents et de promouvoir les activités du Centre de Vacances des Alpes. **Oui** **Non**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date :

Signature

### 1) MINEUR ACCUEILLI :

NOM:.....

PRENOM: .....

DATE DE NAISSANCE: .....

GARÇON  FILLE

SEJOUR : .....

### Le mineur suit-il un traitement médical régulier ?

NON  OUI

**Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans une pochette avec leur emballage d'origine et la notice marquée au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre **en cas d'urgence** pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ?

NON  OUI

Si oui, **précisez** :

.....

**Autres difficultés de santé et précautions à prendre** (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération ...) :

.....

### 4) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALÉES PAR LES PARENTS

(l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ...) :

.....

.....

### 5) RESPONSABLE(S) DU MINEUR

NOM : ..... PRENOM:.....

Adresse (pendant le séjour):.....

.....

N° de Sécurité Sociale : .....

Tél fixe et/ou portable : .....

NOM et Téléphone du médecin traitant : .....

.....

Je soussigné, ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :

**Signature(s) :**

**2) VACCINATIONS** (le tableau ci-dessous doit être **accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé** sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné)

Vaccins* obligatoires avant janvier 2018	Date du dernier rappel :
Diphtérie	__/__/__
Tétanos	__/__/__
Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq	__/__/__

Pour information : Vaccins obligatoires après janvier 2018	
Diphtérie	Méningocoque C
Tétanos	Hépatite B
Poliomyélite	Haemophilus influenzae de type b (HIB)
Diphtérie	Pneumocoque
Tétanos	ROR
Coqueluche	

**\* rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs jusqu'à 13 ans**

### 3) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

#### Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires : NON  OUI  Préciser : .....

Allergies médicamenteuses : NON  OUI  Préciser : .....

Autres allergies : NON  OUI  Préciser : .....

Asthme : NON  OUI

Diabète : NON  OUI

Epilepsie : NON  OUI

Autres : NON  OUI  Préciser : .....