

**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 :

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 :

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) :