



**FICHE D'INSCRIPTION**  
*de la 6<sup>ème</sup> à la terminale*



☐ **SEJOUR SKI 2023**

*Du lundi 20 au samedi 25 février 2023*

*A .....*

*Centre de vacances .....*

*Station .....*

**ENFANT**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Collège : ..... Classe : ..... Age : .....

Né(e) le : ..... à ..... sexe M / F

L'enfant possède un téléphone portable, si oui : numéro .....

..... (Préciser le nom et le prénom du compte de l'enfant)

L'enfant réside-t-il avec :

☐ Ses 2 parents ☐ son père ☐ sa mère ☐ les 2, en garde alternée

**PRISE EN CHARGE PARTICULIERE : (à préciser également sur fiche sanitaire au verso)**

☐ PAI (allergie, asthme) : .....  
☐ Reconnaissance MDPH : .....

Régime sans porc ☐ oui ☐ non

L'enfant est-il fumeur ? ☐ oui ☐ non

**INFORMATIONS SUR LA PRATIQUE DES ACTIVITES**

TAILLE : ..... cm POIDS : ..... kg POINTURE : .....

NIVEAU EN SKI : ☐ aucune expérience ☐ débutant ☐ intermédiaire ☐ pro 😊

L'enfant apportera-t-il son propre matériel de ski ? ☐ oui ☐ non

## FAMILLE

Père ou Beau-père .....

ADRESSE PERSO.....

TEL. TRAVAIL..... TEL. PERSO. ....

E-mail : .....

Mère ou Belle-mère.....

ADRESSE PERSO.....

TEL. TRAVAIL..... TEL. PERSO. ....

E-mail : .....

N° C.A.F ou MSA :..... N° S.Sociale .....

## ADULTES AUTORISÉS A VENIR RECHERCHER L'ENFANT avec une pièce d'identité

Nom.....N° tel.....LIEN de Parenté .....

## AUTORISATIONS OBLIGATOIRES DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné (e), ..... (NOM ET PRENOM)  
représentant légal de l'enfant ..... (NOM ET PRENOM),

☐ Certifie que toutes les informations médicales concernant mon enfant sont exactes

☐ Autorise le directeur de l'accueil à délivrer un antalgique ou autre médicament à mon enfant s'il en a besoin - *ordonnance du médecin obligatoire*

☐ Autorise le directeur de l'accueil à faire hospitaliser mon enfant en cas d'accident

☐ Autorise l'équipe d'animation à photographier/filmer mon enfant s'il le souhaite lors des animations et diffuser ses images pour la presse locale, site internet de la ville, facebook du service uniquement

☐ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et prendre les transports collectifs prévus lors de cet accueil accompagné des animateurs et de la direction.

☐ Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepte les dispositions générales de l'accueil de loisirs organisé par le service animation de Cogolin, notamment celles concernant l'application de sanctions et du renvoi de l'enfant pour un comportement jugé préjudiciable à la qualité de l'accueil et à la sécurité des participants

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : séjour ski

☐ En soumettant ce formulaire j'accepte que les informations transmises soient exploitées dans le cadre de l'accueil de loisirs organisé par le service animation jeunesse de Cogolin et atteste avoir pris connaissance des modalités de traitements des données à caractère personnel prévues par le règlement intérieur de la restauration scolaire et des accueils de loisirs.



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : .....

## 1 - VACCINATIONS

Date du dernier rappel DTPolio : .....

**Merci de joindre la photocopie des vaccins à jour**

## 2 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

- L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ?

- ☐ Oui  
☐ Non

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur boîte d'origine, avec la notice et marquée au nom de l'enfant)

**Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance**

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rougeole :	Rubéole :	Scarlatine :	Coqueluche :	Oreillons :	Varicelle :	Angine :	Otite :
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non

Merci de préciser si votre enfant porte des lunettes, prothèses auditives, prothèse dentaire, ...

L'enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) ? Merci de préciser les dates et précautions à prendre :

## 3 - ALLERGIES ET PAI

- L'enfant a-t-il une allergie ?

- ☐ Médicamenteuse : si oui, précisez laquelle : .....
- ☐ Alimentaire : si oui, précisez laquelle : .....
- ☐ Asthme : si oui, précisez : .....
- ☐ Autre : si oui précisez : .....

**En cas d'intolérance alimentaire, d'allergie et/ou de pathologie chronique, merci de faire dument remplir par votre médecin le document PAI de notre service et de nous le retourner signé.**

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

**4 - PRISE EN CHARGE MDPH**

Merci de préciser pour quelle raison votre enfant est pris en charge par la MDPH :

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

**5 - RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT**

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

**DATE :**

**SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : séjour ski**