**FICHE D’INSCRIPTION**

*(À envoyer au siège)*

Séjour du \_\_ / \_\_ / 20\_\_ au \_\_ / \_\_ / 20\_\_ □ **NÎMES**

□ **TOULOUSE**

**ENFANT**

NOM PRENOM

ADRESSE

CP VILLE

DATE DE NAISSANCE CLASSE (année 2018/2019)

Êtes-vous déjà venu à Play Away ? □ Fille □ Garçon

Si non, comment avez-vous entendu parler de nous ?

**RESPONSABLE**

NOM PRENOM

TEL 1 TEL 2

E-MAIL

**Personne (parenté) à prévenir en cas d’urgence (autre que responsable)**

NOM PRENOM TEL

NOM PRENOM TEL

**Pensez-vous arriver le dimanche au soir ?**  □ OUI □ NON

*(Arrivée le dimanche à partir de 20h30, suppl. 35€, ayant déjà mangé ou avec piquenique le cas échéant)*

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT :** *(se reporter à la fiche sanitaire ci-jointe)*

**AUTRES COMMENTAIRES UTILES :**

Compagnie d’Assurance : N° de contrat en responsabilité civile :

Je soussigné, responsable légal de l’enfant susnommé, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les professeurs et animateurs à prendre le cas échéant, les dispositions qu’ils jugent nécessaires pendant le séjour en ce qui concerne la sécurité et le bien-être de mon enfant. *(Ci-joint chèque de réservation de 150€)*

**FAIT LE** **SIGNATURE**

**DEMANDE D’AUTORISATION PARENTALE**

**DROIT A L’IMAGE**

**Utilisation de photos de votre enfant par la structure :**

Dans le cadre de notre travail pédagogique, nous sommes amenés à utiliser des photos des enfants pour le site internet. Il ne s’agit pas de photographies individuelles d’identité mais de photos de groupe ou bien de vues montrant des enfants en activité.

En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d’identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille.

La loi nous fait obligation d’avoir l’autorisation écrite des parents pour cette utilisation. Aussi, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir le talon ci-dessous.

Nous attirons votre attention sur le fait que l’usage des images est sans aucun but lucratif et sans publication de prénom et nom de famille. Un refus de votre part aura pour conséquence, soit d’écarter votre enfant lors des prises de vue, soit de masquer son visage.

**Nous soussignés :**

**Responsables légaux de l'enfant :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Autorisons □** | **N’autorisons pas □** |

les adultes professionnels de la structure à utiliser, dans le cadre pédagogique (site Internet) des photos de notre enfant prises au cours des activités.

A , le

**Signature des représentants légaux :**

**FICHE SANITAIRE**

*(À envoyer au siège)*

Séjour du \_\_ / \_\_ / 20\_\_ au \_\_ / \_\_ / 20\_\_

*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*

**ENFANT**

NOM PRENOM

DATE DE NAISSANCE □ Fille □ Garçon

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccinations de l’enfant)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **Oui** | **Non** | **Dates des derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Dates** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| **Ou** Dt polio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| **Ou** Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

*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*

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 □ Non Scarlatine □ Oui □ Non

Varicelle □ Oui □ Non Coqueluche □ Oui □ Non

Angine □ Oui □ Non Otite □ Oui □ Non

Rhumatisme articulaire aigü □ Oui □ Non Rougeole □ Oui □ Non

Oreillons □ Oui □ Non

Allergies : Asthme □ Oui □ Non Médicamenteuses □ Oui □ Non

Alimentaire □ Oui □ Non Autres :

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir *(si automédication le signaler)*

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc… précisez.

**RESPONSABLE DE L’ENFANT**

NOM PRENOM

ADRESSE *(pendant le séjour)*

TEL FIXE ET PORTABLE DOMICILE : /

BUREAU : /

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT *(facultatif)*

NUMERO DE CARTE VITALE

MUTUELLE

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.

**FAIT LE** **SIGNATURE**