

Séjours enfants maternelles de 4 à 6 ans ETE 2024

**Choix 1 (Selon l'âge de l'enfant)**

Séjour St Hilaire « Au gré du vent 4/6 ans » (15/07 au 21/07)

Séjour St Hilaire « Au gré du vent 4/6 ans » (05/08 au 11/08)

**Choix 2 (Selon l'âge de l'enfant)**

Séjour St Hilaire « Au gré du vent 4/6 ans » (15/07 au 21/07)

Séjour St Hilaire « Au gré du vent 4/6 ans » (05/08 au 11/08)

L'ENFANT :

NOM : ..... PRENOM: .....  VIANDE  SANS VIANDE  SANS PORC

|   |  |  |
|---|--|--|
| Filles <input type="checkbox"/> Garçons <input type="checkbox"/><br>Age de l'enfant le jour du départ : ..... | Date et lieu de naissance : ... /... /...<br>à ..... | Fratrie préinscrite à un séjour :<br>Nom : .....<br>Prénom : .....<br>Séjour : ..... |
|---|--|--|

RESPONSABLES LEGAUX :

| Parents (ou responsable/s légal /aux)  | RESPONSABLE 1  | RESPONSABLE 2  |
|--|--|--|
| <b>Situation de famille</b><br><input type="checkbox"/> couple<br><input type="checkbox"/> parents divorcés, séparés<br><input type="checkbox"/> garde alternée<br><input type="checkbox"/> autre à préciser : | Nom : .....<br>Prénom : .....<br>Adresse : .....<br>.....<br>..... | Nom : .....<br>Prénom : .....<br>Adresse : .....<br>.....<br>..... |
| <b>Pour toute situation particulière, merci de joindre la photocopie des documents officiels</b>   | Portable parent : .....<br>Mail : .....<br>Téléphone Pro : .....   | Portable parent : .....<br>Mail : .....<br>Téléphone Pro : .....   |

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

|   |          |                   |
|---|----------|-------------------|
| Nom :   | Prénom : | Lien de parenté : |
| Téléphone portable :  |          |                   |
| Nom :   | Prénom : | Lien de parenté : |
| Téléphone portable :  |          |                   |
| Je soussigné/e / Nous soussignons, Mr et/ou Mme ..... autorise/ons lesdites personnes citées ci-dessus à prendre mon/notre enfant et décharge la direction de toute responsabilité.<br>Je certifie / Nous certifions que les personnes citées sont âgées d'au moins 18 ans. |          |                   |
| Signature(s) du/des responsable(s) légal/aux :  |          |                   |
| Monsieur :  |          | Madame :          |
| <u>Pour des raisons de sécurité, une pièce d'identité sera demandée à la/aux personne/s désignée/s</u>  |          |                   |

AUTORISATIONS :

**AUTORISE** mon enfant à participer aux activités spécifiques suivantes :

|                                |   |                                      |   |
|--------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| Activités « pleines nature »   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Escalade/Accrobranche/Spéléo         | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Sports collectifs/d'opposition | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Equitation/Poney                     | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Cyclisme/Vélo/Randonnée        | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |                                      |   |
| .....                          |   |                                      |   |
| Sports nautiques / natation    | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Réussite du test d'aisance aquatique | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

**AUTORISE** la direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires pour l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention, etc.).  oui  non

**ATTESTE** avoir pris connaissance du règlement intérieur des centres de vacances  oui  non

**AUTORISE la collectivité** à utiliser mes coordonnées pour m'informer par SMS ou mail  oui  non

**AUTORISE** le centre de vacances à prendre des photos et films lors des activités et à la publication gracieuse de l'image de mon enfant pour les supports de communication du/des centre/s de vacances.  oui  non

**A REMPLIR PAR LA FAMILLE**  
**Se référer au carnet de santé de l'enfant**

**2023 / 2024 INFORMATIONS SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT**

**NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :** .....

Taille : .....

Poids : .....

N° SECURITE SOCIALE sous lequel est déclaré l'enfant         Clé

**L'ENFANT PORTE UN APPAREIL (auditif, dentaire, lunettes, ...)** ; si oui, lequel : .....

Information(s) particulière(s), (ex. : à retirer dans la cour, etc.) : .....

**VACCINS :**

A jour du DT Polio : OUI

NON

A jour du BCG :

OUI

NON

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :**

Rougeole

Rubéole

Oreillons

Varicelle

Coqueluche

Scarlatine

**L'ENFANT EST CONCERNÉ PAR UN Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)**

Si oui, précisez : .....

**JOINDRE UNE COPIE DU PAI**

**L'ENFANT A-T-IL UN TRAITEMENT EN COURS**

Si oui, précisez : .....

**JOINDRE UNE COPIE DE L'ORDONNANCE**

**L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES**

Si oui, précisez : .....

**L'ENFANT EST-IL PORTEUR DE HANDICAP /**

**OUI**

**NON**

**Si OUI, merci de prendre contact avec le Service.**

**L'ENFANT A DÉJÀ ÉTÉ HOSPITALISÉ / OPÉRÉ POUR** (quelle(s) raison(s)) **EN** (précisez l'année) :

.....

**AUTRE(S) OBSERVATION(S) CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT :**

.....

**NOM DU MEDECIN TRAITANT :** .....

**TELEPHONE :** .....

Je/Nous soussigné/e/ons, responsable/s de l'enfant mineur, déclare/ons exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage/nous engageons à les réactualiser si nécessaire.

DATE ET SIGNATURE :

\*\* **Attestation de sécurité sociale de l'enfant OBLIGATOIRE** \*\*

\*\* **Attestation de la carte de mutuelle SOUHAITABLE** \*\*

L'inscription entraîne un traitement numérique, nécessaire à la gestion et à la facturation des personnes qui en utilisent les services. Selon le Règlement Général de Protection des Données en date du 25 mai 2018, vous pouvez demander à consulter ou à obtenir communication des données selon les modalités décrites dans la rubrique CNIL du site de la Ville ([www.ville-aubervilliers.fr](http://www.ville-aubervilliers.fr)).