

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : _____

ENFANT N°1 :	
NOM _____	PRÉNOM _____
ÂGE _____	DATE DE NAISSANCE _____
DROIT À L'IMAGE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RÉGIME ALIMENTAIRE _____

ENFANT N°2 :	
NOM _____	PRÉNOM _____
ÂGE _____	DATE DE NAISSANCE _____
DROIT À L'IMAGE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RÉGIME ALIMENTAIRE _____

ENFANT N°3 :	
NOM _____	PRÉNOM _____
ÂGE _____	DATE DE NAISSANCE _____
DROIT À L'IMAGE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RÉGIME ALIMENTAIRE _____

RESPONSABLE LÉGAL(E) :	
NOM _____	
PRÉNOM _____	
ADRESSE _____	
CODE POSTAL _____	
VILLE _____	
TEL DOMICILE _____	TEL PORTABLE _____
ADRESSE MAIL _____	

PÈRE :	
NOM/PRÉNOM _____	
PORTABLE _____	TEL PROFESSIONNEL _____
MÈRE :	
NOM/PRÉNOM _____	
PORTABLE _____	TEL PROFESSIONNEL _____
AUTRE PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :	
NOM/PRÉNOM _____	LIEN : _____
PORTABLE _____	

QUOTIENT FAMILIAL _____	N° CAF _____
TARIF JOURNALIER _____	(SI BON VACANCES)

J'atteste avoir pris connaissance du fonctionnement du séjour et accepte et m'engage à respecter le règlement intérieur et les conditions. J'autorise mon enfant à être pris en photo et en vidéo, sans but lucratif, dans le cadre du séjour. (Site internet, affiches, dépliants, presse...). J'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.

Lu et approuvé :

Signature :

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

ENFANT:
Nom: _____
Prénom: _____
Date de Naissances: _____
Fille Garçon

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS valable jusqu'au: _____

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 MÉDICAUX 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
Aucun médicament dans leur emballage d'origine marqués 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?

	OUI	NON	OUI	NON
Rubéole				
Coqueluche			Otitte	Rhumatisme articulaire aigu
Varicelle			Angine	Oreillons
			Rougeole	Scarlatine
ALLERGIES	OUI	NON	Autres allergies	
Asthme				
Alimentaires				
Médicamenteuses				

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :

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 : _____ Prénom _____
Adresse pendant le séjour _____
Complément d'adresse _____
Code postal _____ Ville _____
N° Sécurité sociale _____ Mutuelle _____
Tél. fixe domicile _____
Tél. portable M. _____ Tél. prof. M. _____
Tél. portable Mme _____ Tél. prof. Mme _____
Nom du médecin traitant _____ Tél _____

DECHARGES ET AUTORISATIONS

Autoriser mon enfant à sortir seul de l'ALSH à la fin de celui-ci: OUI NON
Personnes autorisées à reprendre l'enfant: père mère

autres préciser _____

Je soussigné _____ en qualité de _____

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et

atteste avoir pris connaissance du fonctionnement du séjour et en accepte et m'engage à respecter le REGLEMENT INTERIEUR et les conditions.

autoriser notre enfant à être **PHOTOGRAPHIE et FILME**, sans but lucratif, dans le cadre du séjour (site internet, affiches, dépliants, presse...)

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.

le _____ Signature _____
 mise à jour le _____ Signature _____
 mise à jour le _____ Signature _____
 mise à jour le _____ Signature _____



Une bonne journée au centre

- ✓ Tenue décontractée et résistante (qui ne craint rien)
- ✓ Chaussures confortables pour jouer (baskets)
- ✓ Casquette marquée au nom de l'enfant (quelque soit le temps)

Petit sac à dos marqué au nom de l'enfant contenant :

- Une gourde
- Un change complet (pantalon, t-shirt, sous-vêtements, chaussettes)
- Doudou et/ou tétine si besoin
- Un maillot de bain et une petite serviette (pour les jeux d'eau)
- Un K-Way quelques soit le temps le matin
- Crème solaire (si spécifique à l'enfant)
- Un vieux t-shirt ou une blouse pour les activités peinture

- 17** Dates et horaires
- 🕒 Accueil du matin : entre 8h et 9h30
 - 🕒 Accueil du soir : entre 17h et 18h
 - ① Garderie : possible sur inscription (supplément de 1€/1/2 h)
 - 🏕️ Jeudi soir : camping au centre ou aux alentours (supplément de 10€)

Directeur du centre
Sauvage Aurore
07.50.60.67.84
(pendant le séjour)

📘 Facebook : Association Rnest's
« Sans Prétention »

🌐 Site web : www.sejours-nature.fr



N'hésitez pas à
poser vos questions ! 😊

