

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Collectivité : VILLE DE MARCK

Lieu du séjour : Les Hirondelles, La Chapelle d'Abondance

Dates du séjour : du samedi 20 février soir au samedi 27 février matin 2027

PARTICIPANT

(En majuscules)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Age :

Sexe M ☐ F ☐

Nationalité :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

(Merci d'entourer la ou les réponses)

Parents

Père

Mère

Tuteur

Nom

Prénom

N° Rue

Code postal

Ville

Numéro CAF

Situation de famille :

Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (ve) ☐ Célibataire ☐ Vie maritale ☐

Tél Domicile/Portable :

Tél Bureau (père) : Tél Bureau (mère) :

FICHE TECHNIQUE SKI ALPIN

Niveau de ski : ☐ Débutant ☐ 1^{ère} Etoile ☐ 2^e Etoile ☐ 3^e Etoile
☐ Etoile de bronze ☐ Etoile d'or ☐ Autre :

Merci d'indiquer le niveau réel de votre enfant et de joindre, le cas échéant, le carnet ESF indiquant le niveau obtenu.

LOCATION DU MATERIEL

Taille :

Poids :

Pointure :

Tour de tête (cm) :

CONTACT PENDANT LE SEJOUR
(Personne à prévenir en cas d'urgence)

Nom
Tél. Bureau
Tél. Domicile / Portable

Je soussigné(e) demande que mon enfant bénéficie du séjour organisé par l'Association *Mer et Montagne*.

Je l'autorise à participer à toutes les activités physiques et sportives proposées.

***Rapatriement disciplinaire :**

Je m'engage à rembourser à l'Association *Mer et Montagne* les frais de rapatriement disciplinaire si le comportement de mon enfant ne lui permet pas de continuer à participer au séjour (consommation d'alcool, de produits illicites, comportement violent...)

Frais de rapatriement = Voyage aller/retour de l'enfant et d'un accompagnateur ainsi que les frais de mission.

***Droit à l'image :**

Nous soussignés

Responsables légaux de l'enfant :

Nous autorisons /nous n'autorisons pas* les adultes professionnels et bénévoles de la structure à utiliser, dans le cadre pédagogique (journal, site internet, publications, reportages) des photos de notre enfant prises au cours des activités.

*Barrer la mention inutile**

***En cas d'urgence :**

J'autorise le/la Directeur/trice du séjour à faire pratiquer tous les soins médicaux et chirurgicaux qui s'avèreraient nécessaires (après contact téléphonique avec la personne à prévenir en cas d'urgence)

Je m'engage à rembourser à l'Association *Mer et Montagne*, au retour du groupe, l'intégralité des frais engagés à ce sujet.

Fait à

Le

Signature des parents ou du tuteur légal

Attention : Nous avons la chance d'avoir une piscine au chalet, merci de fournir le test d'aisance aquatique ou pass-nautique (à effectuer à la piscine en présentant la carte d'identité de l'enfant)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

SEJOUR

Date du séjour : du au Lieu :

L'ENFANT

Nom : Prénom :

Sexe : Garçon ou Fille

Né(e) le : à

Adresse :

Code postal : Ville :

Numéro de Sécurité Sociale :

Complémentaire Santé Solidaire (c2s) (si oui, joindre la copie de l'attestation) :

☐ OUI

☐ NON

Poids : Taille :

PHOTO

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou 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	
				Haemophilus	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

Merci de préciser la date de début et de fin de traitement : du _____ au _____

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (les médicaments seront dans leur emballage d'origine avec la notice, marquée au nom de l'enfant. Ce tout sera dans une boîte hermétique étiquetée également au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES

Asthme	Oui	Non	Dans quel cas ? Traitement ?
Alimentaires	Oui	Non	Lesquelles :
Médicamenteuses	Oui	Non	Lesquelles :
Autres	Précisez :		

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ :

.....

.....

.....



INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

**AFIN QUE VOTRE ENFANT PUISSE PASSER UN SEJOUR AGREABLE,
MERCI DE REpondre AUX QUESTIONS SUIVANTES :**

<i>Régime alimentaire ?</i>		
Aucun	Sans viande	Végétarien (Sans viande ni poisson)

<i>Si c'est une fille, a-t-elle ses règles ?</i>	
Oui	Non

<i>Votre enfant a-t-il peur du noir ?</i>		
Oui	Non	Précautions à prendre ?

<i>Votre enfant fait-il pipi au lit ?</i>	Oui	Non
<i>Porte-t-il des couches ?</i>	Oui	Non

<i>Votre enfant a-t-il un rituel au coucher ou pour s'endormir ? (ex : lampe de chevet...)</i>		
Oui	Non	Si oui, lequel ?

DROIT A L'IMAGE

Nous soussignés

.....

Responsables légaux de l'enfant :

.....

Nous autorisons /nous n'autorisons pas* les adultes professionnels et bénévoles de la structure à utiliser, dans le cadre pédagogique (journal, site internet, publications, reportages) des photos de notre enfant prises au cours des activités.

Barre la mention inutile*



RESPONSABLES DU MINEUR

PERE / MERE / TUTEUR (entourer la(les) réponse(s), merci)

NOM PRENOM.....

ADRESSE (si différente de celle de l'enfant)

Code postal.....Ville.....

Père ou Tuteur : NUMERO DOMICILE :/...../...../...../..... PORTABLE :/...../...../...../.....

NOM PRENOM.....

ADRESSE (si différente de celle de l'enfant)

Code postal.....Ville.....

Mère ou Tuteur : NUMERO DOMICILE :/...../...../...../..... PORTABLE :/...../...../...../.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT (facultatif)..... TEL :/...../...../...../.....

Je 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. Je m'engage également à rembourser les frais médicaux avancés par Mer et Montagne durant le séjour.

Signature du responsable légal

