

 <p>cdjsf Avignon</p>	<p align="center">SEJOUR VOIR ET FAIRE DU THEÂTRE</p> <p align="center">Fiche individuelle 2016</p>	<p align="center"><i>PHOTO</i></p>
<p>Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Téléphone portable : Courriel : Date de naissance : Sexe : Nationalité :</p>	<p align="center">Dates :</p> <p align="center">17 > 25 juillet</p> <p align="center">Tarif :</p> <p align="center">550,00 €</p>	
<p>Personne à contacter en cas d'urgence Nom / Prénom : Lien avec le (la) collégien(ne) : Téléphone portable :</p>		
<p>Autorisation parentale Je, soussigné(e)....., autorise, mon fils, ma fille, en tant que tuteur légal, à participer au séjour mentionné ci-dessus et à participer aux activités en découlant. OUI – NON A toutes fins utiles, j'autorise les responsables du séjour en cas de maladie ou d'accident survenus à mon enfant à prendre toutes les dispositions nécessaires à l'intérêt de sa santé, à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence (appel des secours, accompagnement de l'enfant aux urgences, chez le médecin local,...) OUI – NON Aucun médicament ne sera administré par les animateurs à l'enfant sans autorisation préalable. Autorise l'association à utiliser dans le cadre pédagogique et éventuellement pour la communication des Centres, des photos ou vidéos de mon enfant. OUI – NON</p>	<p>Lieu : Date : Signature :</p>	
<p>Acompte ou règlement à l'inscription - Joindre un chèque d'acompte (minimum 30% du séjour) ou le règlement total libellé à l'ordre de « Centres De Jeunes et de Séjours du Festival d'Avignon ». Le solde est à régler au plus tard le 13 juin 2016.</p>	<p>Soit€ Le/2016</p>	

Réservé au secrétariat			
Code du séjour	N° du dossier	Reste dû	Réglé le
VFT.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON SEJOUR VOIR ET FAIRE DU THEATRE

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

1 – 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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI LE JEUNE N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

ASTHME oui non | MEDICAMENTEUSES oui non | ALIMENTAIRES oui non

AUTRES : **PRÉCISEZ** LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

(Si automédication le signaler).....

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

4 -RESPONSABLE DU(DE LA) COLLEGIEN(NNE)

NOM PRÉNOM

ADRESSE

TÉL : 04...../ 06..... TRAVAIL :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN

TRAITANT (FACULTATIF).....

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.

Date : Signature