



**SEJOUR  
VOIR ET FAIRE  
DU THEATRE**

Fiche individuelle 2017

PHOTO

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Code postal : .....  
Ville : .....  
Téléphone portable : .....  
Courriel : .....  
Date de naissance : .....  
Sexe : .....  
Nationalité : .....

**Dates :**  
19 > 27 juillet

**Tarif :**  
550,00 €

**Personne à contacter pour l'inscription et en cas d'urgence**

Nom / Prénom : .....  
Lien avec le (la) jeune : .....  
Téléphone portable : .....  
Courriel : .....

**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. Autorise l'association à utiliser dans le cadre pédagogique et éventuellement pour sa communication, des photos ou vidéos de mon enfant. OUI – NON

Lieu : .....

Date : .....

Signature :

**Acompte et règlement**

- Joindre un chèque d'acompte (minimum 30% du séjour) pour encaissement et un chèque du solde avec date souhaitée d'encaissement au dos libellés à l'ordre de « Centres De Jeunes et de Séjours du Festival d'Avignon ».

- Joindre 2 timbres postaux autocollants lettres prioritaires.

Soit .....€

Le ...../2017

**Réservé au secrétariat**

Code du séjour	N° du dossier	Reste dû	Réglé le
D.....	.....	.....	.....

A renvoyer par courrier à **CDJSFA** – 20 rue du Portail Boquier – 84000 Avignon  
Plus d'infos : 06 72 23 74 28 – [contact@cdjsf-avignon.fr](mailto:contact@cdjsf-avignon.fr)

**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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 AIGÜ	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 .....