



SEJOUR DECOUVERTE

Fiche individuelle 2017
pour les participants mineurs

PHOTO

Nom :
 Prénom :
 Adresse :

 Code postal :
 Ville :
 Téléphone portable :
 Courriel :
 Date de naissance :
 Sexe :
 Nationalité :

**Si vous venez en groupe,
précisez son nom :**

.....

Dates :

.....

Tarif :

.....

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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON / SEJOUR DECOUVERTE

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 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 DE L'ENFANT

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