

 <p>Avignon</p>	<p align="center">SEJOUR VOIR ET FAIRE DU THEATRE</p> <p align="center">Fiche individuelle 2018 pour les participants mineurs 14-17 ans</p>	<p align="center"><i>PHOTO</i> la photo peut être envoyée par mail à contact@cdjsf-avignon.fr</p>
<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Ville et département de naissance :</p> <p>Adresse :</p> <p>Code postal :</p> <p>Ville :</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>Courriel :</p> <p>Nationalité :</p>	<p align="center">9 JOURS / 8 NUITS 15 (16h) > 23 juillet (11h) en pension complète avec 4 spectacles du Festival d'Avignon 570,00 €</p> <p align="center">Option supplémentaire : DÉJEUNER DU DERNIER JOUR</p> <p><input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> pique-nique à emporter à 6 €</p>	
<p>Personne à contacter pour l'inscription et en cas d'urgence</p> <p>Nom / Prénom :</p> <p>Lien avec le (la) jeune :</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>Courriel :</p>		
<p>Autorisation parentale</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>Aucun médicament ne sera administré par les animateurs à l'enfant.</p> <p>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 :</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p>	
<p>Acompte et règlement</p> <p>- Joindre le règlement par chèque à l'ordre de « CDJSFA » : la totalité ou un chèque d'acompte de 150,00 € pour encaissement et un chèque du solde avec date souhaitée d'encaissement au dos & 2 timbres postaux autocollants lettres prioritaires pour contribution.</p>	<p>Soit€</p> <p>Le/2018</p>	

Réservé au secrétariat			
Code du séjour	N° de l'inscription	Resté du	Soldé le
ACP18V91B

A renvoyer par courrier à **CDJSFA** – 8 rue Frédéric Mistral – 84000 Avignon
Plus d'infos : 04 90 87 18 60 – 06 72 23 74 28 – www.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 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 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