

Fiche d'inscription 2021

à retourner à : LE MARTOURET – 340, route d'Ausson – BP 36 – 26150 Die – martouret@wanadoo.fr

TOUTE FICHE NON SIGNÉE NE SERA PAS PRISE EN COMPTE. LA FICHE SANITAIRE SIGNÉE EST À JOINDRE À L'INSCRIPTION.

L'enfant

NOM _____ **Prénom** _____

Né(e) le _____ Âge lors du séjour _____ F G

Responsable légal de l'enfant Père Mère Autre précisez _____

NOM _____ **Prénom** _____

Adresse _____

_____ **CP** _____ **Ville** _____

Téléphone Domicile obligatoire _____ **Portable** obligatoire _____

Mail _____

Lieu de résidence de l'enfant (si différent du responsable légal) : _____

Adresse _____

_____ **CP** _____ **Ville** _____

Nom du référent _____

Téléphone du référent (obligatoire) _____ **mail** _____

Envoi des documents (dossier de séjour, convocation, trousseau...)

Adresse Responsable légal

Adresse Résidence enfant

Le séjour

Dates du _____ au _____

Séjour choisi – semaine 1 _____ Séjour choisi – semaine 2 _____

Séjour choisi – semaine 3 _____ Séjour choisi – semaine 4 _____

Transport Ville de départ _____ ou Sur place

Ville de retour _____ ou Sur place

Assurance Annulation oui non (4% du prix total du séjour)

Règlement du séjour

 (voir Conditions générales page 14)

Réduction Fidélité (si inscription 2020 en direct)

Date dernier séjour obligatoire _____

-15 € pour 1 sem.

-30 € pour 2 sem.

-45 € pour 3 sem.

-60 € pour 4 sem.

Réduction Fratrie (à partir du 2^e enfant inscrit)

Nom 1^{er} enfant fratrie obligatoire _____

-18 € pour 1 sem.

-32 € pour 2 sem.

-48 € pour 3 sem.

-64 € pour 4 sem.

Aide complémentaire (justificatif à joindre à l'inscription) Conseil départemental CAF Autre _____

Règlement

Je verse un acompte selon la durée du séjour, le solde doit être réglé au plus tard 15 jours avant le départ

155 € pour 1 sem.

280 € pour 2 sem.

420 € pour 3 sem.

560 € pour 4 sem.

Inscription à moins de 21 jours du départ, je verse la totalité des frais de séjours 1 chèque joint 3 chèques joints

(chèques à l'ordre de Association Le Martouret)

Je soussigné/e _____

Certifie avoir pris connaissance des conditions générales (p. 14 et téléchargeables sur le site) et les accepte sans réserve, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire jointe, et autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. Je m'engage à régler l'ensemble des frais médicaux avancés par le centre en cas de soins. J'autorise l'enfant à pratiquer l'ensemble des activités prévues durant le séjour pour lequel il a été inscrit.

Date : _____ **Signature avec mention « Lu et approuvé »**

Fiche sanitaire

(C)



MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



- OBLIGATOIRE POUR VALIDER L'INSCRIPTION -

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

INTITULE DU SEJOUR : _____
DATES : DU ____/____/____ AU ____/____/____

N° Sécurité Sociale (obligatoire) : _____
Je joins obligatoirement l'attestation en cours de validité : de Sécurité Sociale de CMU

La fiche sanitaire est un document obligatoire et confidentiel, à fournir dès l'inscription. Elle doit être remplie, complétée d'un numéro d'urgence et signée. Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Si l'état de santé de votre enfant nécessite une consultation médicale, vous en serez immédiatement informé. Elle nous permet d'assurer le bien-être de l'enfant pendant son séjour.

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).
Joindre la copie des pages Vaccinations du carnet de santé de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Dates Derniers Rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON Si oui, lequel :
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
à la durée du traitement pendant le séjour, avec la notice et dans leur
emballage d'origine marquées au nom de l'enfant.

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

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

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES
REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours OUI NON (joindre le protocole et toutes informations utiles)

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler). Compléter sur feuille libre si besoin.



INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : OUI NON

DES LUNETTES : OUI NON - au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : OUI NON - au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : OUI NON - au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS - PRÉCISEZ :

.....
.....
.....

4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE

Téléphones obligatoires : **Portable** :

Domicile : **Travail** :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Lu et approuvé, le/...../....., à

SIGNATURE OBLIGATOIRE

- Je joins à la fiche sanitaire :**
- L'attestation à jour de Sécurité Sociale-Carte Vitale
 - ou L'attestation à jour de CMU
 - La copie des vaccins (obligatoire).
 - Le chèque de caution médicale de 50 € à l'ordre de l'Association Le Martouret.

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....