

COLONIE 2020

1. VOTRE ENFANT

NOM :
PRENOM :
Né(e) le : à
Nationalité : Sexe : F - M
Ecole fréquentée :
A-t-il déjà participé à un séjour au Bois de Bertrand? :

2. RESPONSABLE LEGAL

Responsable légal : **Père - Mère - Tuteur**
NOM :
PRENOM :
Adresse :
.....
Ville : Code postal :
Tel : Tel (pendant le séjour) :
Email :
Profession du père :
Employeur : Tel :
Profession de la mère :
Employeur : Tel :
Sécurité sociale, caisse de :
N° immatriculation
couvrant l'enfant :
Mutuelle :
N° : centre de :
N° allocataire CAF :

3. CMU (couverture maladie universelle)

Avez-vous droit à la couverture maladie universelle (CMU) ?
OUI NON
Si oui : joindre une photocopie de la carte d'assuré social avec précision de la gratuité des frais de santé.

4. RECOMMANDATIONS

Votre enfant peut-il manger du porc ? OUI NON
Votre enfant suit-il un régime particulier ? OUI NON
Si oui, lequel :
Autres recommandations :
.....
.....

5. TRANSPORT

- Les transports sont assurés par les familles (avec supplément), ou en train au départ de Nîmes ou de Montpellier (uniquement sur certaines semaines).
Je suis intéressé par un transport en train* :
- **aller** : OUI / NON en gare de NIMES
- **retour** : OUI / NON en gare de NIMES
- **aller/retour** : OUI / NON en gare de NIMES
*entourer vos choix

DOSSIER D'INSCRIPTION

Mon enfant participera au séjour :
Du au
Activité souhaitée :

Pour **Montpellier**, contacter la colonie pour connaître les possibilités de trajets.

6. FICHE DE SANTE

IMPORTANT ET A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

a) VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé ou des vaccinations de l'enfant.)

Vaccins	Oui / non	dernier rappel
Polio
Diphtérie
Tétanos
Coqueluche
BCG
Variole
Hépatite B
Injection sérum

Si l'enfant n'est pas vacciné préciser pourquoi :

(Fournir un certificat médical)

ATTENTION : fournir un certificat de 50 mètres nage pour les séjours paddle et canoë (obligatoire).

b) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT

RUBEOLE COQUELUCHE
 VARICELLE ROUGEOLE
 SCARLATINE OREILLONS
Cocher la case si l'enfant a eu la maladie

Problème de santé à signaler :

- Allergies :
ASPIRINE PIQUES D'INSECTES
Autres :
 - Est-il sujet aux crises d'asthme ?
 - Est-il sujet à l'incontinence ?
 - Autres problèmes :
- Sait-il (elle) nager ? : OUI NON

6. AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné.....
responsable de l'enfant, l'autorise à participer à toutes les activités de la colonie.
- D'autre part, j'autorise les responsables à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires.
- Je déclare avoir pris connaissance et accepter les conditions d'inscription de la colonie et je m'engage à verser le solde du séjour au plus tard avant le départ du centre.
- **J'autorise / n'autorise pas** (rayer la mention inutile) l'association à utiliser les photos où figure mon enfant sur le site ou les publicités pour la colonie.
- Je participe à la **démarche écologique** du Bois de Bertrand et souhaite recevoir la confirmation d'inscription et le dossier par **mail** : **OUI** ou **NON** (entourer).

Fait à : Le :
Signature :