



Bois de Bertrand centre de vacances et de loisirs

A.E.P DU BOIS DE BERTRAND
Siège social : 1 bis rue ELISEE RECLUS 30 000 NIMES
Centre situé : Pontails-30450 GENOLHAC

DOSSIER INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS

Mon enfant participera au séjour

Du Au

Du Au

Du Au

🌲 VOTRE ENFANT

Nom : Prénom :

Né(e) le à Sexe : F M

A-t il déjà participé à un séjour au Bois de Bertrand ? Oui Non

Bénéficie t'il de la Couverture Maladie Universelle ? Oui Non

Si oui : joindre absolument la photocopie de l'attestation CMU - Si non : Sécurité sociale caisse de

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant : Mutuelle :

N° Allocataire CAF

👤 RESPONSABLES LEGAUX

Responsable 1

Nom : Prénom : Père Mère Autres

Adresse :

Ville : Code postal : Tel : Email :

Responsable 2

Nom : Prénom : Père Mère Autres

Adresse :

Ville : Code postal : Tel : Email :

Autre personne autorisée à prendre en charge l'enfant (foyer, éducateurs, famille d'accueil...):

Nom : Prénom : - Tél :

🚗 TRANSPORT

Veuillez cocher la case de votre choix :

Mon enfant se présentera à l'accueil de : Génolhac Directement sur le centre

👤 AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, l'autorise à participer à toutes les activités de la colonie.

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.

Rayez les mentions inutiles :

- J'autorise la publication de photos de mon enfant sur le site, le facebook et l'instragram de la colonie : Oui / Non

- Je participe à la démarche écologique du bois de bertrand et souhaite recevoir la confirmation d'inscription et le dossier par mail : Oui / Non

Fait à Le

Signature

Bois de Bertrand

centre de vacances et de loisirs

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1- VACCINATION

L'ENFANT EST-IL A JOUR DE SES VACCINATIONS OBLIGATOIRES ? oui non

Merci de transmettre la copie **COMPLETE** du carnet de vaccinations obligatoires laissant apparaître **OBLIGATOIREMENT** sur chaque page **NOM** et **PRENOM** de l'enfant, ou à défaut un certificat médical de vaccination.

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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"/>	SCARLATINE 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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À 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 DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

COCHEZ LA MENTION :

VOTRE ENFANT SAIT-IL NAGER ?

OUI

NON

VOTRE ENFANT PEUT-IL MANGER DU PORC ?

OUI

NON

AUTORISEZ VOUS L'ASSISTANTE SANITAIRE A PRATIQUER UN AUTO-TEST COVID A VOTRE ENFANT EN CAS DE SUSPICION DE SYMPTOMES ?

OUI

NON

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

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 :

NOTICE EXPLICATIVE FICHE INSCRIPTION

CENTRE DE LOISIRS



Renseignement des rubriques



En entête noter les dates des semaines auxquelles votre enfant participe



Votre enfant

Si vous bénéficiez de la CMU, joindre OBLIGATOIREMENT la copie de l'attestation à jour au début du séjour.

Si non notifiez le numéro de sécurité sociale couvrant l'enfant, et joindre la copie de la mutuelle.



Responsable légal

Veillez obligatoirement notifier les responsables de l'enfant et leurs contacts. ATTENTION si la personne à contacter en cas de besoin n'est pas le responsable légal veuillez le notifier dans « autre personne autorisée à prendre en charge l'enfant ».

De plus, si interdiction de contact téléphonique ou visite entre le responsable et l'enfant veuillez joindre un document légal le spécifiant. Sans ces informations l'association contactera la personne notifiée en « responsable légal », en cas de problème durant le séjour.



Recommandations

Concernant les recommandations alimentaires veuillez soigneusement remplir la fiche sanitaire jointe au dossier en cas d'allergie.



Transport

Veillez spécifier le choix du transport sur la fiche (bus ou sur site)



Fiche sanitaire

Veillez remplir soigneusement et obligatoirement la fiche sanitaire.

- Fournir la photocopie du carnet de santé de manière lisible avec OBLIGATOIREMENT notifié le nom et prénom de l'enfant sur chaque page
- Notifiez précisément les allergies dont souffre l'enfant

- Si votre enfant suit un traitement durant le séjour, fournir l'ordonnance ORIGINALE, sans cela le traitement ne pourra être administré durant le séjour.

Les responsables légaux doivent obligatoirement signer la fiche sanitaire.



Règlement du séjour

- Par chèque à l'ordre de : AEP BOIS DE BERTRAND
- En liquide : remis à l'association
- Par carte bleue : au siège ou sur le site de la colonie
- Par virement bancaire : en mentionnant **OBLIGATOIREMENT** le nom de l'enfant dans le libellé (RIB joint au dossier)

Chèques vacances acceptés

ATTENTION : le solde du séjour doit être effectué au plus tard le 1^{er} jour du séjour de l'enfant, après la déduction des aides, sauf accord avec l'association. Sans cela l'enfant ne pourra participer au séjour.

Les justificatifs des aides au séjour doivent être fournis dès que possible à l'association.



Validation de l'inscription

L'inscription est obligatoire à la semaine et non à la journée.

Le séjour de votre enfant sera effectif dès l'envoi de la fiche d'inscription accompagnée de la fiche sanitaire et des arrhes.

Arrhes : 20 euros pour une semaine / 40 euros pour deux semaines

Dès réception, vous recevrez une « attestation d'inscription », validant le séjour.

Dossier à envoyer :

Par courrier : Colonie BOIS DE BERTRAND 1 bis rue ELISEE RECLUS 30 000 NIMES

A la permanence (même adresse)

Les mardis et vendredis entre 17H30 et 19H30

Par mail : contact@boisdebertrand.fr

**Les documents transmis par mails devront être scannés (et non pris en photo).
Tout document illisible invalidera l'inscription.**