



FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS SEJOUR HIVER 2024

NOM et Prénom de l'enfant :

Né(e) le/...../..... à(Dpt.....)

Établissement scolaire : Classe :

Téléphone (enfant) :

Je soussignéautorise mon enfant à participer :

au séjour ski qui se déroulera du 3 au 9 mars 2024 à Izeste (64)-hébergement et à Gourette (64)-station.

Niveau de ski et date du dernier séjour :
(*Débutant, Classe de neige, Flocon 1^{ère} ou 2^{ème} ou 3^{ème} étoile...) (*entourez la mention)

Taille : Poids : Pointure :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

- NOM Prénom :
- Adresse :
- Tél : Portable :
- Autre :
- E-mail pour la communication avec les parents :@.....

J'autorise la Communauté de Communes Sauldre et Sologne à réaliser et à diffuser dans le cadre du séjour, les photos, vidéos et/ou films sur le site internet et la page Facebook du séjour et de la Communauté de Communes Ainsi que dans le cadre de documents de communication ou d'exposition.

Oui Non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

→ Médecin traitant :  :

→ Vaccinations : joindre la photocopie du carnet de santé concernant les vaccins
SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

→ Allergies : Oui Non Si oui, lesquelles

→ L'enfant a-t-il un P.A.I. (projet d'accueil individualisé) ? Oui Non (Si oui, joindre une copie du document)

→ L'enfant suit-il un traitement médical pendant les activités ? Oui Non (Si oui joindre une ordonnance récente avec les médicaments correspondants dans l'emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

→ Lunettes : Oui Non Prothèse auditive : Oui Non Prothèse dentaire : Oui Non

→ Recommandations alimentaires : Oui Non (dans la limite de la faisabilité de la restauration) Si oui, lesquelles :
.....

→ Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, en précisant les dates et les précautions à prendre) :
.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

RESPONSABLE 1 père mère autre (Précisez.....)

NOMPRÉNOM

ADRESSE

VILLE.....CP.....

TÉL.DOMICILE :TEL BUREAU :

TEL PORTABLE :Autres :

RESPONSABLE 2 père mère autre (Précisez.....)

NOMPRÉNOM

ADRESSE

VILLE.....CP.....

TÉL.DOMICILE :TEL BUREAU :

TEL PORTABLE :Autres :

J'autorise ou je n'autorise pas (1)

l'équipe d'animation à donner en cas de vomissements et/ou de diarrhées du smecta et/ou du vogalène et du paracétamol en cas de maux divers.

Les différents frais seront avancés par la Communauté de Communes et un remboursement vous sera demandé au retour du séjour.

Prévoir (obligatoire) pour l'inscription une copie de l'attestation de la couverture sociale (cpam, msa, rsi, cmu), de la mutuelle et d'une attestation d'assurance (extrascolaire ou responsabilité civile).

Après le séjour, mon enfant sera remis(e) à

Je soussigné (e)

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- m'engage à signaler tout changement par écrit, la Communauté de Communes Sauldre et Sologne décline toute responsabilité en cas de renseignements non actualisés, autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin ou d'un service d'urgence, seul habilité à définir l'hôpital de secteur.

Date :Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

(1) Rayer la mention inutile