

FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS SEJOUR ÉTÉ 2026

NOM et Prénom de l'enfant :

Né(e) le/...../..... à(Dpt.....)

Établissement scolaire : Classe :

Téléphone (enfant) :

☒ Je soussignéautorise mon enfant à participer :

au séjour été qui se déroulera du dimanche 19 au vendredi 24 juillet 2026 au Croisic (44).

☒ 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 sur les réseaux sociaux 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 :  :

☒ Taille : ☒ Poids : ☒ Pointure :

→ 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, énurésie, 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

VILLECP

TÉL.DOMICILE :TEL BUREAU :

TEL PORTABLE :Autres :

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

NOMPRÉNOM

ADRESSE

VILLECP

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.

Information spécifique au séjour : le test nautique est obligatoire. Il est à réaliser à la piscine. Le maître-nageur vous remettra une attestation de réussite. Dans le cas contraire, l'enfant ne pourra pas participer au 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