

FICHE INSCRIPTION ETE 2017

Séjour camping (8-14 ans) du 17 au 21 juillet 2017 – 200 euros

Acompte de 50 euros à la réservation, le solde avant le départ du séjour.
Acceptation des chèques vacances.

L'ENFANT

NOM : Prénom :
Date de Naissance :
Adresse : Commune :
Code Postal :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :
Père – Mère – Tuteur (entourer la réponse)
Tél. : adresse mail :
Adresse : Commune :
Code Postal :

ASSURANCE

Etes- vous titulaire d'une responsabilité civile et individuelle accident ?
OUI NON

Société d'assurance :
Adresse : Commune :
Code Postale :
N° de Police :



Office des Sports d'Avallon et de l'Avallonnais



SEJOUR au Camping / ANNEE CIVILE 2017

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

NUMERO DE SECURITE SOCIAL : _____

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) **pas de photocopie**

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

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.

A titre indicatif 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 AIGÜ 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

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

L'enfant mouille -t-il au lit ? oui occasionnellement non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non
PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

.....
.....
.....
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 (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....
4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

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, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :

ORGANISME RESPONSABLE DU SEJOUR :

Cachet de l'organisme (siège social)

L'ENFANT EST ARRIVÉ LE : ___ / ___ / ___ à ___ H ___

Signature des parents

L'ENFANT EST PARTI LE : ___ / ___ / ___ à ___ H ___

Signature des parents

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera son nom, adresse et N° de téléphone) :

.....

.....

.....

.....

.....

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera son nom, adresse et N° de téléphone) :

.....

.....

.....

.....

.....



Vol d'Initiation et Promenade Aérienne

AÉRO-CLUB DE L'AVALLONNAIS

Aérodrome, route d'Annéot ~ 89200 Avallon

Tél – Fax : 03 86 34 15 11

L'Aéro-club d'Avallon transporte des particuliers à l'occasion de vol d'Initiation et promenades aériennes dans le cadre de responsabilités définies par les conventions internationales, et en particulier par la convention de Varsovie qui limite la responsabilité financière du transporteur.

Les promenades seront effectuées conformément au décret N 98 884 du 28 septembre 1998 complétant le livre V du code de l'aviation civile et relatif aux aéro-clubs.

Le participant est tenu de se conformer aux règlements en vigueur, tels que ceux relatifs aux formalités de police, douane et santé.

Le participant est tenu de remplir intégralement ce document et de le remettre au pilote avant le vol.

Section à remplir pour un Participant mineur

AUTORISATION PARENTALE

(partie remplie par le responsable parentale pour les mineurs)

Je soussigné (Nom et Prénom)

Père / Mère ou Tuteur (rayer les mentions inutiles)

De l'enfant (Nom et Prénom)

Autorise celui-ci à effectuer un vol d'initiation ou une promenade aérienne conformément au décret N 98 884 du 28 septembre 1998 complétant le livre V du code de l'aviation civile et relatif aux aéro-clubs ; avec l'Aéro-Club d'Avallon.

Déclare avoir pris connaissance des conditions de transport et des responsabilités du transporteur et dégager celui-ci de toute responsabilité n'entrant pas dans le cadre des conventions ci-dessus référencées.

A Avallon le :

Le Représentant légal

Le Pilote (Partie à remplir par le pilote)

Je soussigné (Nom et Prénom)

Déclare effectuer une promenade aérienne conformément au décret N 98 884 du 28 septembre 1998 complétant le livre V du code de l'aviation civile et relatif aux aéro-clubs ; et remplir à ce jour les conditions demandées par ce décret, et certifie conformes les renseignements portés ci-dessous.

Avallon le :

Le Président de l'Aéro-Club d'Avallon :

le Commandant de bord :