

# Fiche d'inscription

Séjour FUTUROSCOPE 2022

Enfants de 8 à 17 ans

Du 11 au 15 Avril 2022

## 1 L'enfant

NOM : .....  
PRENOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / ..... GARÇON  FILLE   
ADRESSE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
TAILLE : ..... POIDS : .....

## 2 Responsables légaux

NOM - PRENOM : .....  
TEL. FIXE : ..... TEL. PORTABLE : .....  
COURRIEL : ..... @ .....  
ADRESSE SI DIFFERENTE DE L'ENFANT : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

NOM - PRENOM : .....  
TEL. FIXE : ..... TEL. PORTABLE : .....  
ADRESSE SI DIFFERENTE DE L'ENFANT : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
COURRIEL : ..... @ .....

## 3 Autres personnes (à prévenir en cas d'urgence)

NOM - PRENOM : .....  
TEL. FIXE : ..... TEL. PORTABLE : .....  
NOM - PRENOM : .....  
TEL. FIXE : ..... TEL. PORTABLE : .....

## 4 Coordonnées de la personne à facturer

NOM - PRENOM : .....  
TEL : ..... PORTABLE : .....  
ADRESSE SI DIFFERENTE DE L'ENFANT : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
COURRIEL : ..... @ .....

Autre(s) enfant(s) à facturer :

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

## 5 Autorisation de diffusion d'images

J'autorise le centre de loisirs à diffuser les documents photos où apparaît mon enfant :

oui  non

## 6 Date de départ et de retour du séjour

- Séjour – départ le 11/04/2022 à 7h00, retour le 15/04/2022 à 8h00.

## 7 Tarifs du séjour

*Les tarifs seront communiqués dès validation au prochain conseil municipal.*

## 8 Documents obligatoires à fournir\*

- Fiche sanitaire de liaison
- Fiche médicale à faire remplir par le médecin traitant de l'enfant
- Fiche d'autorisation d'intervention chirurgicale
- Fiche « trousseau conseillé » complétée (à donner lors du départ)
- Copie d'attestation de sécurité sociale
- Avis de (non) imposition 2021 sur les revenus 2020 (recto-verso)

*\*En cas de dossier incomplet l'inscription ne sera pas prise en compte.*

Je (nous) soussigné(s) : .....

Responsable(s) légal(aux) de l'enfant : .....

Certifie (ions) avoir pris connaissance des conditions d'inscriptions figurant sur le dossier.

**Date :**

**Signature (s) :**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

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

## 3 - 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 ?

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES 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.**)

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---

---

---

**SEJOUR FUTUROSCOPE**  
**Hôtel du Futuroscope – Chasseneuil-du-Poitou**  
**Du 11 au 15 Avril 2022**

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE** (A remplir par le responsable légal ou le tuteur)

Je soussigné, \_\_\_\_\_, responsable légal (ou tuteur) de \_\_\_\_\_, autorise par la présente :

-Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire.

-Le responsable du séjour à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander l'admission en établissement de soins.

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES, ALLERGIES EVENTUELLES, TRAITEMENTS MEDICAUX... INFORMATION SUR LES REGIMES ALIMENTAIRES PARTICULIERS :**

---

---

---

---

---

**Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
TELEPHONE : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :





COMMUNE D'AUPS - CENTRE DE LOISIRS

## CERTIFICAT MEDICAL

(Conformément au Code de l'Action Sociale et des Familles)

Je soussigné (e), .....

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné l'enfant :

.....

Et atteste :

- Qu'il / elle a l'ensemble des vaccins (et rappels) obligatoires à jour.  
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP). Il / elle est par ailleurs à jour de ces vaccinations obligatoires jusqu'.....
- Qu'il / elle ne présente aucune contre-indication à la vie en collectivité.
- Qu'il / elle ne présente à ce jour aucun signe de contagion, infestation (quelque qu'elle soit, maladie, poux, etc...).
- Qu'il / elle ne présente aucune contre-indication quant à l'application d'une protection solaire sur la peau.

Fait à ..... Le ...../...../.....

Signature – Cachet du médecin



## Trousseau conseillé

Nom / Prénom :

**Y compris le linge porté le jour du départ**

	Conseillé	Départ	Retour
<b>Pour le haut</b>			
Tee-shirt ou polo (manches courtes)	4		
Tee-shirt (manches longues)	4		
Sweatshirt ou pull léger (manches longues)	2		
Blouson ou anorak	1		
kway	1		
<b>Pour le bas</b>			
Slip ou culotte	5		
Pantalon, jean ou jogging	3		
<b>Pour les pieds</b>			
Paire de chaussettes	5		
Paire de baskets	2		
Paire de chaussons	1		
<b>Pour la nuit</b>			
Pyjama ou chemise de nuit	2		
<b>Pour la toilette</b>			
Serviette de toilette	1		
Trousse de toilette ( <i>gel douche, shampoing, brosse à dents, dentifrice, brosse à cheveux, chouchou...</i> )	1		
<b>Pour tous les jours</b>			
Petit sac à dos ( <i>min 30L</i> )	1		
Sac à linge sale ( <i>prévoyez un sac suffisamment grand</i> )	1		
Paquet de mouchoirs	5		
Casquette ou chapeau	1		
Argent de poche ( <i>à remplir somme donnée au départ</i> )	1		
Ecran total et stick à lèvres	1		
Masque sanitaire	10		

## RECOMMANDATIONS

Il est indispensable de marquer toutes les pièces du trousseau. Rajoutez vous-même toute affaire supplémentaire (appareil photo, livres, jeux..) et notifiez chaque rajout sur cette fiche.

- **Comment effectuer le nettoyage du linge ?** Il n'est pas prévu de service lingerie. Nous rappelons qu'en fonction des conditions météorologiques et du programme d'activités extérieures, ce séjour peut être salissant. Vous aurez donc un lavage à faire au retour.
- **Mon enfant est-il assuré s'il perd, ou si on lui vole, tout objet de valeur?** Non, nos assurances ne couvrent pas les pertes ou les vols. C'est pour quoi vous devez veiller à ce que votre enfant n'emporte aucun objet ou vêtement de valeur ou qu'il en assume l'entière responsabilité.
- **Comment est géré l'argent de poche ?** L'argent de poche n'est en aucun cas obligatoire. Si vous souhaitez en donner, une somme de 20 euros nous semble suffisante. Nous vous conseillons de le mettre dans une enveloppe **fermée**, déposée dans la valise, avec le montant inscrit dessus. Les jeunes seront entièrement responsables de leurs argents sauf s'ils souhaitent le confier à leurs animateurs auquel cas ce-dernier gardera l'argent sur lui et le donnera aux jeunes aux moments des achats.

**En vous remerciant par avance de toute votre confiance. Nous restons à votre entière disposition pour toute question concernant le séjour de votre enfant.**

*Le service jeunesse.*