

**Fiche d'inscription 12-17 ans
Camp d'ados
du 05 au 10 mai 2025**



Enfant

Nom/prénom(s) :

FAM :

Date de naissance : Lieu :

Enft :

Cadre réservé au service

Parents

Nom/prénom(s) du responsable :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N°Tél : /

Profession :

Mail :

N° Allocataire :

Tarifs selon arrêté 105/2016 du 20 mai 2016

Camp d'ados mai 2025							
• 12-17 ans							
Semaine du 5 au 10/05/2025							
QF	-250	251 - 320	321 - 550	551 - 720	721-951	951 - 1220	1220
Montant centre	65,00 €	70,50 €	76,00 €	82,00 €	88,00 €	94,00 €	110,00 €

Restauration/ habitudes alimentaires liés aux convictions personnelles, pour votre enfant :

.....

Autorisation parentale

Je soussigné(e),agissant en qualité de titulaire de l'autorité parentale sur le mineur : l'autorise à participer à l'accueil de loisirs.

J'autorise à prendre des photos de mon enfant au cours des activités et les utiliser dans des supports de communication : ☐ OUI ☐ NON

Je garantis à la Commune, que j'ai autorisé pour accorder cette autorisation contre tout recours ou action que pourrait former toute personne physique ou morale qui estimerait avoir des droits quelconques à faire valoir sur tout ou partie de cette autorisation.

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire ☐ OUI ☐ NON

Nom de la compagnie :

Informations sanitaires-Fiche sanitaire de liaison à remplir

Vaccins à jour : ☐ OUI ☐ NON ☐ Lunettes : ☐ OUI ☐ NON ☐

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler tout changement modifiant les informations de cette fiche. Je reconnais être informé que ; les données recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la prise en compte des inscriptions.

Petite-Île le,

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐

FILLE ☐

DATES ET NATURE DE L'ACTION : **Camp d'ados du 5 au 10 mai 2025**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR LES ACTIVITES DE L'ENFANT :
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DE L'ACTION.

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				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

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

REGIME ALIMENTAIRE (médical ou religieux)

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

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

.....

.....

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

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 de l'action à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DE L'ACTION



Association Réunionnaise des Centres de Vacances

✉ 10 bis rue Alain Peters – SHLMR Les Calebassiers – 97490 Ste Clotilde

☎ 02 62 28 18 47 - @ accueil.sd@arcv.run - www.arcv.run

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ecoprint 01 64 66 3000