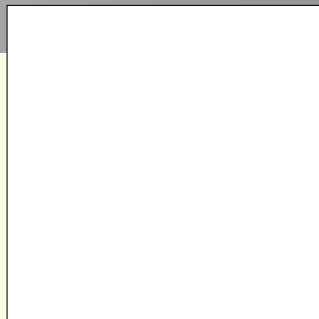


Colos Apprenantes

Toussaint 2020



Inscription

Nom du séjour choisi :

Du au

Séjour au départ de : Marseille

Infos de l'enfant

Fille Garçon

Nom Prénom

Date de naissance Age

Nationalité

Responsable de l'enfant

Père Mère Tuteur (cochez la case correspondante)

Nom Prénom

Tél principal Tél 2 Tél 3

E-mail

Adresse 1

Adresse 2

Adresse 3

Code postal Ville

N° de Sécurité Sociale

Lieu éventuel des vacances

Régime alimentaire : aucun sans porc sans viande végétarien

■ allergie : préciser

(aucune viande halal ou casher ne pourra être proposée)

Je soussigné(e) Mme, Mr

Responsable légal de l'enfant (nom et prénom de l'enfant) :

- autorise la direction du centre de vacances, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales en cas de nécessité.
- autorise l'association à utiliser les photos et les vidéos de mon enfant prises lors du séjour pour illustrer les blogs de séjours, ses brochures, ses sites web et ses documents de communication, et m'engage à ne demander aucune indemnité pour cela.
- autorise mon enfant à pratiquer les activités sportives du séjour.
- m'engage à respecter les conditions générales et financières de l'Association, et à rembourser dans les huit jours qui suivent la facturation, le montant des frais qui auraient pu être avancés.
- reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et les conditions générales de vente.

Je joins la somme de 60€ au titre de ma participation aux frais de séjour

Fait le

à

Signature (avec mention « lu et approuvé »)

Observations particulières

L'enfant vient-il pour la première fois en centre de vacances ?

Centres fréquentés les années précédentes

Comment s'inscrire ?

Dans nos bureaux à Marseille
aux horaires suivants à partir du 15 juillet :

- lundi de 14h à 17h
- mardi de 9h à 12h
- mercredi de 9h à 12h
- jeudi de 14h à 17h30
- vendredi de 9h à 12h30

LPM (siège social)

36 rue Saint-Jacques
13006 Marseille

Tél. 04 91 04 20 20

Fax. 04 91 53 72 46

lpm@lpm.asso.fr

www.lpm.asso.fr

1- MINEUR ACCUEILLI

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

Poids du mineur : _____

2- VACCINATIONS

(le tableau ci-dessous doit-être **accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé** sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné)

VACCINS* OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

*Rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs jusqu'à 13 ans.

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

a) Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires : NON OUI Préciser à quoi : _____
Allergies médicamenteuses : NON OUI Préciser à quoi : _____
Autres allergies : NON OUI Préciser à quoi : _____
Asthme : NON OUI
Diabète : NON OUI
Épilepsie : NON OUI
Autres : NON OUI Préciser : _____

b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier ? NON OUI

Si oui, **prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI** (projet d'accueil individualisé). **Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec la direction.**

c) Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre **en cas d'urgence** pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ?

NON OUI

Si oui, **prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI**

c) Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération...) :

Si oui, **prendre contact avec le Directeur pour la mise en place d'un éventuel PAI**

4- RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALÉES PAR LES PARENTS

(l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problèmes d'énurésie...) :

5- RESPONSABLE(S) DU MINEUR

NOM : _____ PRENOM : _____

Adresse : _____

Tél fixe et/ou portable Domicile : _____

Tél fixe et/ou portable Travail : _____

NOM : _____ PRENOM : _____

Adresse : _____

Tél fixe et/ou portable Domicile : _____

Tél fixe et/ou portable Travail : _____

NOM et téléphone du médecin traitant : _____

Je soussigné, _____, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date : _____ Signature(s) : _____

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur.

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR :



36 rue Saint-Jacques
BP 10 - 13251 Marseille cedex 20
Tél. 04 91 04 20 20

COORDONNÉES DE L'ACCUEIL DE MINEURS : _____
