

● **FICHE D'INSCRIPTION / AUTORISATION PARENTALE Obligatoire**

● **Rassemblement Régional 2018 du 19 au 21 mai à**

● <u>ENFANT (une fiche par enfant) :</u>		
● Nom :	Prénom :	
● Date de naissance :	Lieu de Naissance	
●		
● Est-il propre la nuit ?	OUI	NON Allergie :
● Régime particulier :		

● Traitement Médical	● Photo
●	
●	
●	

Responsable légal de l'enfant : Père / Mère / Tuteur/ Tutrice

● NOM :	Prénom :	
● Adresse :		
● Code postal	Ville	
● Téléphone :	Portable :	
● Adresse Email :		
● <u>2ème Parent de l'enfant :</u> Père / Mère / Tuteur /Tutrice		
● NOM :	Prénom :	
● Adresse :		
● Code postal	Ville	
● Téléphone :	Portable :	
● Adresse Email :		

- En cas d'urgence merci de prévenir :
- Personne habilitée à récupérer mon enfant en dehors de moi-même :
- J'autorise mon enfant à participer aux sorties, week-end, séjours et rassemblements organisés par le Groupe.
- J'autorise les Eclaireurs à utiliser l'image de mon enfant sur le site Internet de l'association EEDF.
- Je l'autorise à être accompagné dans le véhicule d'un des membres de l'association.
- J'autorise le Responsable de Groupe à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le : _____ Signature de l'autorité parentale ou des parents:

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I. Enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Nom et coordonnées du médecin traitant : _____

RAPPEL : un certificat médical d'aptitude à la pratique des activités physiques et sportives est exigé pour les séjours qui en proposent (sauf baignade et promenade)

II. Vaccinations : (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant et joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé. Voir I)

VACCINS	Dates du dernier rappel
Hépatite B	
Polio Diphtérie Tétanos	
Hémophilus B	
Coqueluche	
Rougeole Oreillon Rubéole	
BCG	
Autres vaccins	

III. Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes :

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatismes	Scarlatine	Allergies
Non Oui	Non Oui	Non Oui	Non Oui	Non Oui	Non Oui
Coqueluche	Otites	Asthme	Rougeole	Oreillons	Osseux
Non Oui	Non Oui	Non Oui	Non Oui	Non Oui	Non Oui

Ref : arrêté n°06-3425/GNC du 07 septembre 2006

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations,)

_____ du au
 _____ du au

IV- Recommandations des parents :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? non oui

Si oui, lequel ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, vous devez impérativement fournir les médicaments et impérativement joindre l'ordonnance qui devra être explicite. Celui - ci sera administré par le responsable sanitaire du centre, responsable de la pharmacie inaccessible aux mineurs.

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

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? non oui

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? non oui

Votre enfant porte-t-il des lentilles ? non oui

Votre enfant porte-t-il Un appareil dentaire ? non oui

FICHE SANITAIRE DE LIAISON SUITE

Pour le bon déroulement du séjour, des informations médicales propres à chaque enfant doivent être portées à la connaissance de l'équipe d'encadrement. Cette fiche constitue un modèle des renseignements à collecter.

Centre de vacances – camp de scoutisme-centre de loisirs

NOM ET PRENOM DE VOTRE ENFANT : _____

V-Tuteur légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____ Adresse (où l'on peut vous joindre pendant la période du séjour) :

N° de téléphone : domicile : _____ travail : _____

N° CAF : _____ Mutuelle : _____

N° Sécurité Sociale : _____

Tous les rubriques sont obligatoires. Fournir un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité certifiant que l'enfant est à jour de ses vaccinations.

Je soussigné, (nom prénom) _____ père/mère/tuteur légal de l'enfant _____ (nom, prénom de l'enfant), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin ou l'hôpital. J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris l'anesthésie générale. **J'attire votre attention sur l'importance de disposer des renseignements exacts et complets pour le meilleur service, accueil et suivi auprès de votre enfant.**

Date : _____

Signature du père, mère ou tuteur légal de l'enfant :

Précédé de la mention : lu et approuvé

Partie réservée à l'organisateur

Lieu du centre de vacances :

Centre EEDF J&G Deschamps 470, chemin de Chave 13540 Puyricard

Camping le Cézanne à Puylobier

Centre EEDF, 06 Saint Auban

Départ le : 19/05/2018

Retour le : 21/05/2018

Ref : arrêté n°06-3425/GNC du 07 septembre 2006