SÉJOUR A LA NEIGE 2024

SÉJOUR : **DOSSIER A RENDRE EN MAIRIE AU SERVICE JEUNESSE AVANT LE JEUDI 9 NOVEMBRE 2023 - 16h59**
Séjour au Collet d'Allevard - Du samedi 24 février (soir) au samedi 2 mars 2024 (matin).
Si votre enfant souhaite partager la chambre avec un ami, merci de préciser son nom et prénom :……

PARTICIPANT :

NOM : ……... Prénom : ……

Date de naissance : ……./……../…….. Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon

1 justificatif de domicile de moins de 3 mois à fournir

Classe suivie : …… Ecole : ……
Est-il déjà parti en centre de vacances ? ☐ Non ☐ Oui L'enfant sait il nager ? ☐ Non ☐ Oui

Bénéficiez-vous de la Complémentaire Santé Solidaire : ☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez fournir une copie de votre attestation
N° de sécu …/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/ Nom de la mutuelle :……..

Profession du père : …… Profession de la mère : ……

Nom du responsable légal de l'enfant : …….. Prénom : …… **N°CAF** :……
Adresse: …….
Code Postal : …… Ville : …… Pays : ……...……
Tél : ……/……/……/……/……./ Portable (obligatoire et joignable sur le départ et retour) ……/……./……./……./…….
Courriel (obligatoire pour communication des convocations, lettre du directeur…) : ……...@.....

SÉJOUR À LA NEIGE : Attention, les enfants, qui savent skier, seront répartis dans les groupes de débutants.

Votre enfant a-t-il déjà skié ? ☐ Non ☐ Oui
Si oui, quel est son niveau de ski ?
☐ Débutant (ourson à flocon)
☐ Maitrisé (1ère et 2ème étoile)
☐ Confirmé (3ème étoile)

Renseignements pour la préparation du matériel de ski :

Taille (cm)	
Poids (kg)	
Pointure	
Tour de tête (cm)	

VACCINATIONS : *(VOUS DEVEZ NOUS JOINDRE UNE **COPIE** DU CARNET DE SANTÉ)*
L'enfant est il à jour dans ses vaccins ? ☐ Oui ☐ Non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :
Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole : ☐ Oui ☐ Non	Otite : ☐ Oui ☐ Non	Rhumatisme articulaire aigu : ☐ Oui ☐ Non
Coqueluche : ☐ Oui ☐ Non	Angine : ☐ Oui ☐ Non	Oreillons : ☐ Oui ☐ Non
Varicelle : ☐ Oui ☐ Non	Rougeole : ☐ Oui ☐ Non	Scarlatine : ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant est-il sujet à l'asthme ? ☐ Non ☐ Oui
Si oui, merci d'indiquer s'il suit un traitement (le fournir le cas échéant avec l'ordonnance du médecin)
En cas de traitement médical au moment du séjour, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice) lors du départ. **Aucun médicament ne pourra être** administré **sans ordonnance.**

ALLERGIES

	Médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non
Alimentaires : ☐ Oui ☐ Non	Autres : ☐ Oui ☐ Non

Précisez la cause de l'allergie ou régime alimentaire particulier :
……
……
Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre ainsi que toutes les recommandations utiles (port de lunettes, lentilles, prothèses diverses…)
……
……...
Votre enfant a-t-il des comportements spécifiques ?
……
Autre(s) renseignement(s) :
……

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. Par ailleurs j'autorise la diffusion des photographies de l'enfant du séjour ; dans le cas contraire, merci de le préciser sur papier libre et de nous le remettre au service jeunesse.

LU ET APPROUVÉ
Signature obligatoire le : …../……/…….

Service Jeunesse ☎ 03.21.46.22.22 ✉ vincent.briez@ville-marck.fr