



**SÉJOUR au Collet d'Allevard
du 12 au 17 Février 2018**

Groupe 6/11
Groupe 12/17

**DOSSIER D'INSCRIPTION
SEJOURS SKI 2018**

**A nous
retourner**

Afin de mieux connaître votre enfant, d'être au plus près de vos préoccupations et d'agir efficacement en cas de problème, nous vous remercions de bien vouloir compléter très précisément ce document. Il est obligatoire pour une participation de votre enfant à toutes les activités.

ENFANT : NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : / / Age : Garçon Fille

Taille : Poids : Pointure chaussures :

PARENTS : NOM et PRÉNOM du responsable légal :

Adresse :

CP : VILLE : Tél. FIXE :

Portable PÈRE : Portable MÈRE :

ADRESSE MAIL :

Régime général : OUI NON si NON, autres régimes : MSA SNCF RATP

N° d'allocataire : Numéro de sécurité sociale :

Quotient Familial : Avez-vous droit aux BONS VACAF/AVEL : OUI NON

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI préciser :
ASTHME	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI préciser :
MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI préciser :
AUTRES (animaux, plantes, pollens,...)	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	OUI préciser :

Préciser par écrit les signes évocateurs et la conduite à tenir :

RÉGIME ALIMENTAIRE :

SANS PORC VÉGÉTARIEN

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX OBLIGATOIRES :

Date du dernier rappel DT POLIO : (ou copie du carnet de santé)
(Diphérie - Tétanos - Poliomycélite)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : (cochez la ou les case(s) correspondantes)

Rubéole Varicelle Scarlatine Rhumatismes
 Coqueluche Otites Rougeole Oreillons

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice).

J'autorise le responsable sanitaire du séjour à administrer du paracétamol : OUI NON

En cas d'absence des parents, personnes à prévenir et autorisées à récupérer l'enfant :

NOM Prénom	Lien avec la famille	N° Téléphone fixe	N° Téléphone Portable

LA DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL :

Je soussigné(e), père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à la réactualiser en cas de changement.

J'autorise le GOLA à utiliser les photos ou vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant OUI NON

J'autorise le responsable à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (consultations, hospitalisations, interventions chirurgicales y compris avec phase d'anesthésie – réanimation).

Si l'état de santé ne justifie pas son secours par le S.A.M.U ou les pompiers, j'autorise son transfert à mes frais, par taxi ou ambulance, si je ne peux pas aller le chercher moi-même.

Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux avancés par le GOLA.

J'autorise le GOLA à consulter CAFPRO pour vérification éventuelle du quotient familial.

Fait à Annonay, le Signature :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Dossier complet Acompte
 Copie des vaccins Solde du séjour

Observations :