



Fiche d'inscription

CAMPS - Été 2020

☐ Camp Lanta / ☐ Camp Mer 1 (11-14ans) / ☐ Camp Mer 2 (13-17ans) / ☐ Camp Multi-sports

Coordonnées du jeune

Nom et Prénom :

Sexe : M ☐ F ☐

Date de naissance :

Coordonnées parent 1

Nom et Prénom :

Adresse :

Numéro à joindre en cas d'urgence :

Mail :

N° allocataire CAF (obligatoire) :

N° sécurité sociale MSA (si concerné) :

Coordonnées parent 2

Nom et Prénom :

Adresse :

Numéro à joindre en cas d'urgence :

Mail :

N° allocataire CAF (obligatoire) :

N° sécurité sociale MSA (si concerné) :

Règlement

Adhésion adhésion à l'association de 15€/famille à jour : ☐ OUI ☐ lors de l'inscription au camp

Paiement ☐ en 1 fois par chèque
☐ en 3 fois par chèques (déposer à partir de juin)
☐ avec chèques vacances ANCV
☐ avec aide VACAF
☐ avec aide du Conseil Départemental
☐ montant restant à la famille (par chèque)

Autorisations et Décharges

J'autorise l'AICLA à véhiculer mon enfant dans le camion de l'association ou de la structure accueillante.

J'autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités prévues durant le séjour.

Je m'engage à ce que mon enfant n'apporte pas d'objets dangereux ou illicites.

Je m'engage à régler le coût du camp lors de l'inscription définitive et non remboursable (sauf maladie / hospitalisation sur présentation d'un certificat médical).

Je m'engage à fournir un brevet de natation 25 mètres, le test anti-panique et un certificat médical pour les pratiques sportives.

L'AICLA n'est pas responsable en cas de perte, de dégradations ou de vols des objets personnels.

J'accepte toutes ces conditions.

J'autorise l'AICLA à photographier et filmer mon enfant pour la communication de l'association sur différents supports (presse, plaquettes, blog...). OUI ☐ NON ☐

J'autorise mon enfant à rentrer au retour du camp : ☐ SEUL ☐ accompagné par

Fait le à

Signature

FICHE SANITAIRE

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Informations médicales

OUI ☐ NON ☐ L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI ☐ NON ☐ L'enfant est-il allergique ? Aliments ☐ Médicaments ☐ Asthme ☐

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

.....

.....

Indiquez ci-dessous les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires... ? Précisez :

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait le..... à.....

Signature (des parents pour les mineurs)