

**VOTRE ENFANT/ LE SÉJOUR CHOISI**

Nom du jeune :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Poids :

Pointure :

Nom du séjour : *LES ÉCO-AVENTURIERS*

Du 25/10/2021 Au 29/10/2021

***Tarif individuel : 330 €***

*Nous demandons le versement d'un acompte de 30% par enfant, soit 99 euros, pour valider l'inscription. Le solde restant est à verser avant le 1<sup>er</sup> octobre 2021.*

**ETAT CIVIL**

Nom et prénom du responsable légal :

Adresse postale complète :

Tél père :

Tel mère :

Courriel :

Compagnie d'assurance (Responsabilité Civile) :

Numéro de contrat :

**SANTÉ**

Merci d'indiquer dans ce cadre les difficultés de santé ou tout autre problème important, ainsi que les précautions à prendre :

## AUTORISATION DES PARENTS

Nous, soussignés, après avoir pris connaissance des conditions générales et du fonctionnement du séjour, déclarons y souscrire et autoriser nos enfants à participer à toutes les activités prévues, déclarons exacts tous les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. D'autre part, nous nous engageons à fournir le jour du départ la fiche sanitaire accompagnée des certificats médicaux spécifiques en fonction du séjour effectué.

## DROIT A L'IMAGE

Durant le séjour, il se peut que votre enfant soit photographié avec ses camarades ou moniteurs. Ces photographies peuvent être utilisées pour illustrer un document relatif à Peuples & Nature, un article sur le site Web, etc...

J'autorise Peuples & Nature à réaliser des prises de vues dans lesquelles apparait mon enfant et à utiliser les photographies dans le contexte mentionné ci dessus. Donne cette autorisation pour une période de 5 ans renouvelable par tacite reconduction. Peuples & Nature s'interdit tout autre utilisation et garantit que les photographies ne pourront être cédées ou vendues à un tiers.

Je n'autorise pas mon enfant à être photographié ou filmé

À..... Le.....

Ecrire "Lu & Approuvé" et signer:

ESP

La Mère

Le Père

## PLUSIEURS SOLUTIONS DE PAIEMENT

ESPÈCES	VIREMENT	CHÈQUE BANCAIRE
Rencontrez nous directement dans nos locaux à Moirans pour finaliser l'inscription ☺	Précisez le nom de l'enfant dans le libellé de virement : Peuples et Nature-Crédit Mutuel N° Compte : 00010509901 Code Guichet : 37370 IBAN : FR76 1027 8373 7000 0105 0990 131 BIC : CMCIFR2A	À l'ordre de Peuples & Nature  Possibilité de mensualiser le paiement (dernier chèque à encaisser avant le stage)

## CONTACTS

Email : [info@peuplesetnature.org](mailto:info@peuplesetnature.org)

Téléphone : 06 07 95 07 54

Bulletin à retourner complété et signé à Peuples & Nature 32 allée du Four Banal 38430 MOIRANS

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2020/2021**

1 – ENFANT

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE 

*Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite à la fin de la saison sportive. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.*

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention:** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?**

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	

**Allergies:** **ASTHME** oui  non  **ALIMENTAIRES** oui  non  **MÉDICAMENTEUSES** oui  non   
**AUTRES** \_\_\_\_\_

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

---

---

**Indiquez ci-après:**

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 lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

---

---

---

---

**Observations diverses:**

---

---

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

**Médecin traitant :**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date:

Signature: