



1, rue Gozlin - 75006 Paris
 e-mail : info@cei4vents.com
 Tél. : 01.43.29.60.20
 Fax : 01.43.29.12.72
 www.cei4vents.fr

Tampon ou Cachet
 (CE - Correspondants)

**Colos
 et circuits**

1 photo

Merci d'indiquer
 au dos
 nom et prénom
 du participant

FORMULAIRE D'INSCRIPTION COLONIES ET CIRCUITS

La boutique le ___ / ___ / ___ Vendeur : _____

LE SEJOUR

Nom du séjour _____ avec voyage (groupe) sans voyage (par vos propres moyens)

Pour les séjours en France : _____ Train Autocar

Dates du ___ / ___ / ___ au ___ / ___ / ___

Le participant habite en province (voir p7) : Pré/post acheminement demandé ou Transfert demandé

LE PARTICIPANT

Nom légal : _____

Prénom : _____

Age : _____ Date de naissance : ___ / ___ / ___

Sexe : M F Nationalité : _____

Tél. portable du participant : _____

Pour les séjours ski :

Taille : _____ Poids : _____ Pointure : _____ Niveau : _____

Pour Mon 1^{er} séjour linguistique :

Choix de la langue : Anglais Allemand Espagnol

Pour les séjours à l'étranger :

N° de passeport individuel : | | | | | | | | | |

Date d'expiration : ___ / ___ / ___

Personnalité

- Timide Dynamique S'adapte vite
 Sociable Raisonnable Lent
 Autonome Anxieux Nonchalant

S'agit-il d'un 1^{er} séjour hors de la famille ? OUI NON

Centres d'intérêts : _____

Santé

- Asthme Troubles de conduite
 Allergies Troubles alimentaires
 Enurésie Handicap Physique
 Régime médical ou religieux : _____

Toute opération, antécédent médical ou traitement en cours doit être mentionné dans un courrier sous pli cacheté.

Recommandations Particulières :

LES PARENTS OU TUTEURS

M. et M^{me} M. M^{me}

Nom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Pays : _____

Tél. domicile : _____

Tél portable : _____

E-Mail : _____

Fax : _____

Profession Père : _____

Tél. : _____

Profession Mère : _____

Tél. : _____

Tél d'urgence pendant le séjour (obligatoire) : _____

Autorisation

Le participant est-il autorisé à fumer (15 ans et plus)?

oui non

Le participant sait-il nager ? oui non

Le participant sait-il faire de la bicyclette ? oui non

Je soussigné, _____

représentant légal : père mère tuteur

autorise le directeur du CEI à prendre les dispositions qu'il jugerait urgentes en cas de maladies ou d'accident et notamment lui donne l'autorisation de faire pratiquer, si nécessaire, une intervention chirurgicale sous anesthésie générale ; déclare avoir pris connaissance et souscrire aux conditions précisées ci-dessus et aux conditions générales de la brochure.

SIGNATURE :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU 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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES 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**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....