

JUILLET  
**18**



# SEJOUR SPORTCAMP

**A Le Cazalet (09500)**  
**Du 18 au 22 Juillet**

Randonnée - Canoë - Spéléologie - Rafting - Parcours aventure et bien plus !! Hébergé en camping près d'une base de loisir.

**[JEASAVES@GMAIL.COM](mailto:JEASAVES@GMAIL.COM) - 06.59.81.12.92**

# DOSSIER INSCRIPTION

SPORTCAMP du 18 au 22 Juillet

NOM, Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

L'inscription ne sera validée qu'à la réception du dossier complet ( fiche de renseignement , fiche sanitaire et le cheque du séjour en fonction du QF CAF.)

Voici le tableau des prix en fonction du QF CAF :

| QF CAF    | TARIFS SEMAINE |
|-----------|----------------|
| 0-350     | 50             |
| 351-617   | 60             |
| 618-750   | 70             |
| 751-899   | 80             |
| 900-1200  | 90             |
| 1200 ET + | 100            |

Vous trouverez ci-joint :

- Fiche sanitaire
- Trousseau
- Certificat médical ( a faire signer par le médecin 3 jours avant le départ )

# TROUSSEAU CAMPING

TENTE

DUVET

TROUSSE DE TOILETTE

SERVIETTE DE BAIN

MAILLOT DE BAIN

CASQUETTE

VETEMENT DE PLUIE

PANTALON LONG

SOUS-VETEMENTS DE RECHANGE

CHAUSSURES DE MARCHE

TEE SHIRTS

SHORTS

PULL

PYJAMA

LAMPE TORCHE

CREME SOLAIRE

(EVITER D'EMPORTER DES OBJETS DE VALEUR)

## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de M,Mlle,Mme \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

**Ne révèle pas de contre-indication à la pratique**

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Tampon du médecin :







# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON ☐

FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : ANNEE SCOLAIRE 2020 / 2021

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                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> 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<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                   |                                                                         |

**ALLERGIES :** ASTHME Oui /\_ Non /\_ MEDICAMENTEUSES 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.

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? Oui /\_/ Non /\_/ Occasionnellement /\_/

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? Oui /\_/ Non /\_/

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)....

.....  
.....

TÉL. Mère – PORTABLE : ..... DOMICILE : ..... BUREAU : .....

TÉL. Père – 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.*

N° de sécurité sociale : .....

Date : ..... Signature : .....

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**  
**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

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

#### OBSERVATIONS

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