



### **Le transport :**

Cocher les deux cases correspondant à votre choix : une pour l'aller, une pour le retour.

Train + Car (depuis Paris) :                       Aller                       Retour

Car seulement (depuis Lyon, Grenoble)     Aller                       Retour

Directement sur le centre                       Aller                       Retour

### **Règlement :**

Je règle la totalité de la somme due \* :     Par Chèque                       Par Chèque vacances ANCV

Je règle l'acompte (30% de la somme due) aujourd'hui et je m'engage à régler la différence au plus tard un mois avant le séjour.

\* Somme due = séjour + éventuellement transport

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_,  
responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_, déclare exacts les  
renseignements portés sur cette fiche.

- J'autorise, à titre gratuit, Les Chalets Saint Hugues à :
- photographier et filmer mon enfant,
  - publier ses images sur le web (site des Chalets uniquement),
  - les graver sur DVD ou les copier sur clé Usb (pour un usage personnel).

Je m'engage à ne pas tenir responsable la structure précitée ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission, pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

- Je n'autorise pas Les Chalets Saint Hugues à exploiter l'image de mon enfant.

J'autorise le directeur à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitements médicaux, hospitalisations, intervention chirurgicale), et je m'engage à rembourser la totalité des sommes avancées, s'il en était besoin.

### **Joindre l'attestation d'assurance de responsabilité civile de l'enfant.**

Fait à \_\_\_\_\_,

Signatures des parents ou tuteurs :

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# FICHE SANITAIRE

## Enfant :

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Sexe :  M  F

Poids : \_\_\_\_\_ kg

## Responsable(s) de l'enfant :

Nom(s) et Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone du domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Autre téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tél. de la mère : Bureau \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Portable \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tél. du père : Bureau \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Portable \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Vaccinations :

A remplir à partir du carnet de santé ou des certifications de vaccinations de l'enfant.

Merci de joindre la copie des pages du carnet de santé relative aux vaccinations.

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	
ou Pentavac					

**Joindre la copie des vaccinations à jour.**

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication avec la fiche sanitaire.

**Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

Le jeune suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur emballage d'origine et marquées au nom du jeune) à confier à l'animateur référent au départ du séjour ou à mettre en évidence, avec le trousseau, dans la valise du jeune.

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

L'enfant doit-il garder des médicaments en permanence sur lui ?  Oui  Non

Conseils : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes articulaires aigus
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Scarlatine
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**L'enfant fait-il de l'asthme ?**

Allergique  A l'effort  Non

**A-t-il des allergies ?**

Médicamenteuses	Alimentaires	Autres
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si auto-médication, merci le signaler) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre, si nécessaire :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Recommandations des parents :**

\* D'ordre médical (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc.) :

---

---

---

---

\* D'ordre général (régime alimentaire spécifique, comportement, etc.) :

---

---

---

---

Le jeune mouille-t-il son lit ?       Oui       Non

**Divers :**

Au cas où vous seriez vous-même en vacances pendant le séjour de votre enfant, pouvez-vous nous indiquer comment vous joindre (adresse et numéro de téléphone) ?

---

---

---

---

Si vous souhaitez vous faire représenter par une tierce personne lors du retour de votre enfant, merci de préciser le nom de la personne venant le chercher ainsi que le lieu (Centre des Chalets, Accueil du CLÉ).

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.B. : le représentant du séjour est habilité à demander de justifier de son identité à toute personne qui vient chercher l'enfant.

Je soussigné (e), \_\_\_\_\_, responsable de l'enfant :  
\_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise le directeur du séjour à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état du jeune (traitements médicaux, hospitalisations, intervention chirurgicales). Je m'engage, de plus, à rembourser toutes les sommes avancées.

Fait à \_\_\_\_\_,

Signatures des parents ou tuteurs :

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_