



FICHE D'INSCRIPTION

Séjour été

Inscription au séjour : Date du au

L'ENFANT (Écrire en majuscules)

NOM. PRÉNOM.

Sexe F M Date de naissance Nationalité

Adresse : N° ... Rue

Code postal Ville Pays

N° Sécurité Sociale des parents.

Caisse Mutuelle Complémentaire : Nom de la Caisse N° d'affiliation.

Vous êtes inscrit à la Caisse d'Allocations Familiales de N° d'affiliation.

NATATION : l'enfant sait-il nager OUI NON (Pour les activités aquatiques, il est nécessaire de savoir nager)

OBSERVATIONS PARTICULIERES

INFORMATION : PARENT(S) TUTEUR(S) AUTRE, précisez

SITUATION (marié, divorcé, pacsé, veuf, monoparental (facultatif))

PERE : NOM PRÉNOM
Email 1 : Tél. domicile
Tél portable

MERE : NOM PRÉNOM
Email 1.
Tél. domicile : Tél. Portable •

Personne à contacter en cas d'urgence : N° de téléphone

Lien de parenté

Nombre de frères : Sœurs :

Je soussigné(e) Certifi avoir pris connaissance des conditions particulières d'inscription, des conditions générales ainsi que du descriptif complet du séjour, présents dans le flyer du CLAM ou sur le site leclam.fr, qui constituent l'information préalable. Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjours m'incombant et de rembourser les avances de frais médicaux réalisés durant le séjour ainsi que les éventuels frais de rapatriement disciplinaire.

Lu et approuvé

Date

Signature

J'ai besoin d'une attestation de séjour :
Inscription Validée avec le règlement

OUI NON
(Possibilité de régler en plusieurs fois)

FICHE SANITAIRE

Réservé au CLAM Séjour et dates

1. L'ENFANT (Écrire en majuscules)



NOM..... PRÉNOM

Date de naissance..... Fille Garçon

Séjour

Dates

Si matériel d'activité: Pointure..... Taille..... cm



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, nous vous remercions de la compléter avec soin.

2. VACCINATION

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				COVID	
BCG					

Merci de nous transmettre **la copie du carnet de vaccination** de votre enfant laissant apparaître ses nom et prénom.

Il est impératif de nous transmettre **toutes les pages concernées par des vaccinations obligatoires.**

Vous pouvez également nous faire parvenir un **certificat médical de vaccination.**



Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui fournir une ordonnance récente et les médicaments correspondants au moment du départ (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 non **Varicelle**.....oui non **Angine**.....oui non
Rhumatisme articulaire aigu... oui non **Scarlatine**.....oui non **Coqueluche**... oui non
Otite.....oui non **Rougeole**.....oui non **Oreillons** .. oui non

ALLERGIES :

Asthme oui non **Médicamenteuses** oui non

Précisez

Nom et tél. du médecin traitant :

4.RECOMMANDATIONS UTILES DU RESPONSABLE

Difficultés de santé, port de lentilles, d'appareils auditifs, de prothèses dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énuurésie...

5.RÉGIME ALIMENTAIRE*

Normal Sans viande

* Les menus respectent les régimes alimentaires particuliers dans la mesure du possible.

6.RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM LE PRÉNOM

Adresse (pendant le séjour) :

Tél. fixe (et portable) Domicile..... Bureau

7.OBLIGATOIRE : PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM ET PRÉNOM

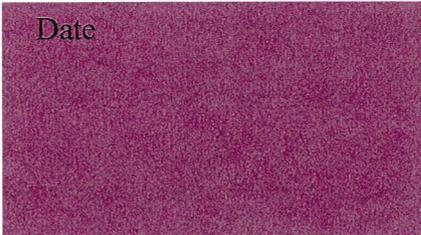
Lien avec l'enfant ..

..... Tél. fixe

.....-Portable Mail :

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

J'autorise mon enfant à participer au séjour et à l'ensemble des activités. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, après consultation médicale, toute mesure (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale anesthésie comprise) rendue nécessaire par l'état de l'enfant et à reprendre le mineur à sa sortie de l'hôpital. J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.



DOCUMENTA FOURNIR :

Photocopie des vaccins ou attestation médicale

Si traitement pendant l'accueil ordonnance, PAI ou protocole médical (en cas d'handicap, d'allergie...)

Bons CAF et/ ou chèques vacances ANCV

Document attestation d'assurance maladie (ou Protection Universelle Maladie)

SANS TOUS SES DOCUMENTS VOTRE ENFANT NE POURRA INTEGRER LE SEJOUR



Autorisation DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)..... agissant en qualité de : Père, mère, représentant
Légal, tuteur (Barrer la mention inutile) de l'enfant :

Participant au séjour vacances:

- Autorise l'équipe d'encadrement et l'organisateur du séjour, à photographier et à filmer mon enfant

- Publications dans notre flyer.

- Présentations sur des blogs ou autres sites internet édités par le CLAM.

En acceptant, je m'engage à ne faire aucune restriction de mon droit à l'image et de ne demander aucune contrepartie au CLAM.

- Je donne l'autorisation au CLAM de présenter mon image dans le respect des droits et de ma personne pour toute diffusion et sur tous supports jugés utiles par le CLAM.
- Je n'autorise pas le Clam à photographier et/ ou filmer mon enfant

À....., le

Signature du responsable légal du participant



AUTORISATION ACTIVITES SPORTIVES

Madame, Monsieur,

Ce document concerne la pratique des différentes activités physiques et sportives qui peuvent être inscrites dans le cadre du programme du séjour (escalade, équitation, parc d'aventures, accrobranche, etc.)

Il ne concerne pas la pratique des activités nautiques (se reporter au document «activités nautiques»).

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (NOM, prénom)

Responsable légal de l'enfant (NOM, prénom)

- l'autorise
 ne l'autorise (cochez svp)

à pratiquer les différentes activités physiques et sportives inscrites au programme du séjour

Si peu pas pratiquer toutes merci de préciser lesquelles

A le Signature

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en
Médecine certifie que l'enfant

Est médicalement apte et qu'il ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives dans le cadre de son séjour de vacances.

A le Signature et cachet du Médecin :



AUTORISATION ACTIVITE EQUITATION

*Cheval,
Poney*

Ce document concerne la pratique de l'équitation qui peut être inscrite dans le cadre du programme du séjour.

AUTORISATION PARENTALE

Jesoussigné

l'autorise ne l'autorise pas

à pratiquer l'équitation durant le séjour de vacances qu'il effectuera :

à du au 20 ..

A le Signature :

NIVEAU DE PRATIQUE

licence FFE si oui, le numéro et l'année

débutant

niveau « galop 1 »

débrouillé

niveau « galop 2 »

confirmé

niveau « galop 3 »

autre

(vous pouvez joindre les diplômes obtenus)

NB : en cas de contre-indication à l'activité, un certificat médical est exigé.



AUTORISATION NAUTIQUE

(Pour des activités qui peuvent être inscrites au programme)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné

L'autorise ne l'autorise pas (cochez la case de votre choix)

à pratiquer la voile, la planche à voile, le canoë-kayak ou toute autre activité nautique

NB : pour pratiquer ces activités il faut obligatoirement passer un test de notation anti panique délivré sur rendez-vous piscine par un maître-nageur (voir ci-dessous).

A

Signature

ATTESTATION D'AISSANCE A LA PRATIQUE DES ACTIVITES

(canoë-kayak et disciplines associées, descente du canyon, ski nautique, nage en eau vive, surf, glisse aérotractée nautique voile) en Accueils Collectifs de mineurs (ACM) (Arrêté du 25 avril 2012 fixant modalités d'encadrement et les conditions d'organisation et de pratiques de certaines activités physiques en ACM)

Je soussigné(e) (Nom, Prénom)

Titulaire du diplôme

Date de délivrance du diplôme

Atteste que Né(e) le

Demeurant à

A réussi le test

avec brassière de sécurité

Le (date du test)

Signature : Cachet :

Fait à le

RAPPEL

L'attestation peut être délivrée par une personne titulaire des diplômes suivants Brevet National de Sécurité Aquatique (BNSSA). Diplôme d'Etat de maître-nageur sauveteur (DE de ; UNS). Brevet d'Etat d'Educateur Sportif des Activités de la Natation (BEESAN). Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et de Sport des activités aquatiques et de la Natation (BPJEPS AAN), ou tout autre BEES ou BPJEPS des spécialités nautiques considérées. Ce document atteste l'aptitude du mineur à : effectuer un saut dans l'eau, réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes, réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes, nager sur le ventre sur 20 mètres, franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant. Le parcours peut être effectué avec une brassière de sécurité.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en Médecine à

..... certifie que l'enfant

A le Signature et cachet du Médecin



TROUSSEAU POUR UNE SEMAINE

Voici le trousseau recommandé pour le séjour. Les vêtements doivent être solides, adaptés à la vie en collectivité, et si possible marqués au nom de l'enfant. Le sac de voyage ou valise doit être adapté à la taille de l'enfant, et marqué à son nom. Merci de respecter si possible cette liste.

Quantité conseillée	Dénomination
	NUITEE
1	Sac de couchage
	Mon oreiller si besoin
	LINGE DE CORPS
7	Maillots de corps
7	Slips ou culottes
7	Paires de chaussettes
4	Soutiens-gorge
2	Pyjama (prévoir plus si l'enfant est énurétique)
	VETEMENTS
2	Pantalons ou jeans (éventuellement 1 robe pour les filles)
2	Bermudas ou shorts
2	Pulls, gilet ou polaires
5	Tee-shirts ou chemises
1	Jogging
1	Coupe-vent imperméable type (K-way)
	CHAUSSURES
2	Paire de baskets
1	Paire de pantoufles
	AFFAIRES DE TOILETTE - HYGIENE
1	Savon, brosse à dents, dentifrice, shampoing
1	Serviette de toilette ou peignoir
1	Peigne et/ou brosse à cheveux
5	Paquets de mouchoirs
1	Sac à linge sale
	DIVERS
1	Sac-à-dos léger
1	Maillot de bain
1	Serviette de bain
1	Casquette, chapeau ou bob
1	Tube de lait ou crème solaire (protection forte)
1	Doudou (si cela peut rassurer)
1	Gourde nominative
1	Lampe de poche et/ou veilleuse

1	Alèse si l'enfant est énurétique
Equitation	
1	Bombe d'équitation (le centre fournit si besoin)
1	Botte d'équitation ou botte en caoutchouc
1	Paire de gant
3	Pantalon d'équitation ou jogging
5	Paire de chaussette haute
Robinson / Explorateur	
1	Paire de botte en caoutchouc
1	Paire de basket
Colo spéciale artiste	
1	Paire de basket
Virtuel	
1	Paire de basket
Aqua boy aqua girl	
1	1 paire de basket
1	1 vieille paire de basket
2	Maillot de bain
2	Serviette de baignade
1	Certificat de « savoir nager » obligatoire
Sensation	
3	Jogging/short
1	Paire de basket
1	Paire de gant pour l'escalade
Monde fantastique	
1	Déguisement
1	Paire de basket
Multisport	
1	Tenue de sport/jogging/short
1	Paire de basket
1	Certificat de « savoir nager » obligatoire
Pour tous	
1	Tenue pour la boom

Enquêtes de satisfaction / responsables légaux

Votre avis nous intéresse !

Grâce à vos remarques, le CLAM pourra mesurer et améliorer la qualité des prochains séjours de vacances proposés à vos enfants !

Merci pour votre aide.

Qu'avez-vous pensé du CLAM ?

	Très bien	Bien	Moyen	Pas bien
Les informations générales (brochure, site internet)				
Le descriptif du séjour				
L'accueil et les conseils reçus au téléphone ou au bureau				
Les informations concernant l'organisation des séjours (troussseau, projet pédagogique, convocation)				
L'organisation des inscriptions				

Quelles améliorations pourrions-nous apporter à l'organisation ?

Qu'avez-vous pensé du séjour de votre enfant ?

	Très bien	Bien	Moyen	Pas bien
L'organisation sur le lieu de départ et de retour				
Les informations pendant le séjour				
L'état de la valise au retour				
La satisfaction de votre enfant				
Le séjour dans sa globalité				

Quelles améliorations pourrions-nous apporter à ce séjour ?

Quels types de séjours aimeriez-vous que le CLAM propose ?

Avez-vous d'autres observations ou remarques ?

MERCID'AVOIR REPONDU A CE QUESTIONNAIRE