

UFCV



REAU
6/11 ans

DOSSIER INSCRIPTION SEJOUR 2024



UFCV
1 Villa des Pyrénées
75020 PARIS

L'ENFANT

Nom: Prénom:

 Fille Garçon Date de naissance**RESPONSABLE LÉGAL N°1** Mère Père Autre:

Nom: Prénom: Email:

Adresse: CP: Ville:

Tél port. : Tél domicile : Tél prof : Profession :

RESPONSABLE LÉGAL N°2 Mère Père Autre:

Nom: Prénom: Email :

Adresse: CP: Ville:

Tél port. : Tél domicile : Tél prof : Profession :

FACTURATIONLa facturation est à adresser à : responsable N°1 - responsable N°2 - responsable N°1 et N°2 *cocher la case***DÉCLARATIONS ET SIGNATURES**

- J'ai pris connaissance des règlements intérieurs des accueils et je les accepte dans leur intégralité. Ils sont disponibles sur place au sein des accueils et [sur portail-animation.ufcv.fr](http://sur.portail-animation.ufcv.fr).

- J'autorise l'UFCV à me faire parvenir mes factures par email en lieu et place de l'envoi par courrier postal :
 oui non

- Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés au séjour de mon enfant avant le départ, ainsi que tout frais médicaux avancés par l'UFCV.

- Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier, d'une part, et dans la fiche sanitaire, d'autre part.

-

Fait à : Le : Nom du signataire : Signature :

L'ENFANT

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle est à actualiser en fonction de l'état sanitaire de votre enfant.

Nom : Prénom : Date de naissance : Fille Garçon
 Taille* :cm Poids* :kg Tour de tête* cm (*pour les séjours uniquement)
 Scolarisé à l'école de : en classe de : Nom de l'enseignant :
 Nom du médecin traitant : Tel du médecin traitant :

RESPONSABLES LEGAUX

Nom: Prénom: Mère Père Autre :
 Adresse : CP : Ville :
 Tél port. Tél domicile Tél prof Profession :
 Nom: Prénom: Mère Père Autre :
 Adresse : CP : Ville :
 Tél port. Tél domicile Tél prof Profession :
 Numéro de sécurité sociale : Département de votre CPAM :
 Mutuelle : Numéro contrat :
 Adresse mutuelle :

3 VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DERNIER RAPPEL |
|----------------------|-----|-----|----------------------|
| Diphtérie | | | |
| Tétanos | | | |
| Poliomyélite | | | |

| VACCINS RECOMMANDES | DATES DERNIER RAPPEL |
|----------------------------|----------------------|
| Coqueluche | |
| Haemophilus influenzae | |
| Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Hépatite B | |
| Pneumocoque | |
| BCG | |
| Autres (préciser) | |

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

4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 donné à votre enfant sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il des allergies :

| ALLERGIES | OUI | NON |
|-----------------|-----|-----|
| Asthme | | |
| Médicamenteuses | | |
| Alimentaires | | |
| Autres | | |

Si oui, joindre un certificat médical précisant les causes de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

L'enfant a-t-il un PAI ?

OUI NON Si oui, joindre une copie du PAI avec la fiche sanitaire.

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

5 RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Port de lentilles, des lunettes, appareil auditif ou dentaire, énurésie, comportement de l'enfant etc... précisez :

Régimes alimentaires :

Votre enfant fait-il la sieste ? : OUI NON

Fait à : Le : Nom du signataire : Signature :

L'ENFANTNom : Prénom : Date de naissance: Fille Garçon**LES RESPONSABLES LÉGAUX**Nom : Prénom : Mère Père Autre :Nom : Prénom : Mère Père Autre :**HOSPITALISATION**

En tant que responsable légal, j'autorise la direction de l'accueil collectif de mineurs à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à : Le : Nom du signataire : Signature :

DROIT À L'IMAGE

J'autorise l'UFCV à utiliser l'image de mon enfant, dans tout support de communication (site internet UFCV, site de la collectivité, brochures, vidéos, support audio, journaux, blog famille, activités du centre, photographie, newsletter) pour une durée indéterminée et à des fins non commerciales en France.

Fait à : Le : Nom du signataire : Signature :

TRANSPORTS ET ACTIVITES

J'ai pris connaissance que selon la distance, la durée et le type de l'activité (sortie), différents moyens de transport peuvent être utilisés (minibus, transport en commun, car de tourisme, ...). Par conséquent j'autorise mon enfant à participer aux sorties éventuelles organisées par les structures d'accueil et j'autorise l'UFCV à transporter mon enfant dans le cadre des activités organisées par l'accueil de loisirs.

Fait à : Le : Nom du signataire : Signature :