

Modalités d'inscriptions

Séjour Expédition auvergnate 6-9 ans

(Enfants nés entre 2017 et 2020)

- Fiche d'inscription dûment complétée
- Fiche sanitaire de liaison
- Copie du Protocole d'Accueil Individuel (*le cas échéant*)
- Attestation de quotient familial CAF ou MSA ; pour les non-allocataires avis d'imposition sur les revenus 2024. **Attention : sans justificatif, le tarif le plus haut vous sera appliqué**
- Justificatif de domicile 2026

Envoyer le dossier complet lors de l'inscription de votre enfant, **le mercredi 06 mai 2026** à partir de **20h00** sur la boîte mail suivante : sejours@chatel-guyon.fr

Attention ! Tous les mails arrivés avant le 06 mai à 20h ne seront pas pris en compte.

Un mail de confirmation d'inscription de votre enfant au séjour vous sera envoyé.

Fiche d'inscription séjour « Expédition Auvergnate » à La Bourboule (63)
6/9 ans (nés entre 2017 et 2020)
Du lundi 20 au vendredi 24 juillet 2026



Renseignements du participant

Nom Prénom.....
 Date de naissance/...../..... Lieu de naissance.....
 Sexe M F Classe
 Établissement scolaire

Renseignements responsable légal 1

Nom de naissance..... Prénom
 Nom d'usage si différent
 Date de naissance/...../.....
 Lieu de naissance.....
 Téléphone Téléphone professionnel.....
 E-mail
 Adresse
 Code postal Ville
 Numéro allocataire CAF Quotient familial

Renseignements responsable légal 2

Nom de naissance..... Prénom
 Nom d'usage si différent
 Date de naissance/...../.....
 Lieu de naissance.....
 Téléphone Téléphone professionnel.....
 E-mail
 Adresse
 Code postal Ville
 Numéro allocataire CAF Quotient familial

Je, soussigné(e), agissant en qualité de Père, Mère, Autre (précisez),

Autorise les organisateurs et l'équipe de direction à prendre, en cas d'urgence médicale, toutes les mesures nécessaires,
 Autorise les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires,
 M'engage à payer, ou rembourser, les frais médicaux, d'hospitalisation et divers, incombant à la famille,
 Autorise les organisateurs à transporter mon enfant en car pour les sorties,

Accepte, **N'accepte pas** que mon enfant soit photographié et que son image soit utilisée et diffusée sans limite de durée pour tous supports imprimés ou numériques.

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur de chacune des structures auxquelles sont inscrits les enfants ci-dessus et je m'engage à les respecter.

Toute inscription fait office de réservation définitive. Toute annulation sera facturée sauf sur présentation d'un certificat médical.

Fait à
 Le

Signatures



Fiche sanitaire de liaison



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

ALLERGIES	oui	non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si régime alimentaire particulier, précisez :

.....

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication, le signaler)** :

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) **qui nécessite la transmission d'information médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter** ? Oui Non

.....

Enfant : fille garçon Date de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

I - 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	oui		non		Dates
Diphtérie						Hépatite B					
Tétanos						Rubéole					
Poliomyélite						Coqueluche					
ou DT polio						B.C.G.					
ou Tétracoq						Autres (préciser)					

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

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

*L'enfant dispose-t-il d'un **PAI** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance et uniquement avec l'accord de la directrice du séjour.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

III - Recommandations utiles :

	oui	non
Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enurésie nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somnambulisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres informations que vous jugez utiles de transmettre à l'équipe :

.....

IV - Responsable légal :

Nom et prénom du responsable légal du mineur :

Adresse (si différente pendant le séjour) :

.....

Tel portable : Tel domicile : Tel travail :

Nom et tél. du médecin traitant :

Num de Sécurité Sociale en cas d'accident :

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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :