

DOSSIER ENFANT COLONIES DE VACANCES

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

SEJOUR	OPTION	DATES

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné/e : Représentant/e légal de l'enfant :

Autorise ce dernier à pratiquer les activités prévues du séjour pour lequel l'enfant est inscrit.

Voir la liste des diverses activités proposées dans notre catalogue et fiche technique pour le séjour

En cas de restriction pour des raisons de santé, veuillez nous le préciser :

- *Exemple : drains dans les oreilles nécessitant des bouchons de baignade*
-
-
-
-
-
-

Fait à

Le

Signature des parents ou tuteurs

Signature du service inscrivant :
Nom, prénom, qualité, cachet

ENGAGEMENT DU PARTICIPANT

Je soussigné/e : m'engage à accepter et respecter le contrat de vie en collectivité du centre de vacances à savoir :

- Respect de l'ensemble des personnes de mon entourage et du matériel (*non-violences physiques ou verbales, dégradations, politesse, langage*)
- Respect de mon hygiène personnelle et de la propreté de mon environnement
- Respect des règles de vie et des consignes définies par l'équipe du séjour :
 - Mixité interdite dans les chambres ou dans les tentes
 - Usage du tabac, d'alcool et de drogue interdit,
 - Usage du téléphone portable règlementé ou interdit en fonction de l'âge du participant

Je suis informé.e qu'en cas de non-respect du règlement de la vie en collectivités (vols, violences physiques ou verbales, incivilités, mise en danger de soi-même ou d'autrui...) un rapatriement disciplinaire entièrement à la charge de ma famille sera envisagé.

Fait à

Le

Signature du Participant

Signature des parents ou tuteurs

Signature du service inscrivant :

Nom, prénom, qualité, cachet

AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

Madame, Monsieur,

Votre enfant est inscrit dans un centre de vacances de l'UNCMT. Durant le séjour, votre enfant est susceptible d'être photographier par les membres de l'équipe. Ces photos serviront à illustrer principalement le blog de communication aux familles, mais également peuvent être utilisées pour illustrer nos brochures et site internet.

Nous vous demandons d'autoriser l'apparition de votre enfant sur support photo, vidéo, informatique et internet, conformément à la législation relative aux droits de la personne photographiée et à l'article 9 du code civil.

Je soussigné/e : Représentant/e légal de l'enfant :

Demeurant :

.....

.....

Inscrit/e sur le séjour : Option :

Du au

autorise n'autorise pas (*cochez la case*)

L'UNCMT et ses équipes à utiliser dans le cadre du séjour :

- l'image et la voix de mon enfant sur support photographique, vidéo et informatique.
- l'image et la voix de mon enfant sur le site internet ou le blog du centre de vacances.
- l'image de mon enfant pour la présentation et l'illustration des centres de vacances proposés aux enfants

(Brochures et site internet de l'UNCMT).

Fait à

Le

Signature du représentant légal

UNCMT

4 avenue du parc Saint André – 14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR

02 31 46 80 40 - www.uncmt.fr

Dossier séjour vacances Enfant

Fiche sanitaire

SEJOUR

Séjour : Du/...../..... au/...../.....
 Option du séjour :

L'ENFANT

Nom : Prénom :
 Sexe : M F Date de naissance :/...../..... Age de l'enfant au moment du séjour :
 Poids : kg

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :
 Adresse :
 Code postal Ville Pays
 Tel. pendant le séjour

VACCINATIONS

(A remplir à partir du carnet de santé de l'enfant. Joindre, si possible la copie des pages du carnet de santé relative aux vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.o.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	
ou Pentacoq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication avec cette fiche sanitaire. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication et est donc obligatoire.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, lequel ?

.....

Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant) au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Doit-il garder des médicaments en permanence sur lui ?

.....

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

Allergies :

Asthme : Oui Non Médicamenteuses : Oui Non

Alimentaires : Oui Non Autres : Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).....

.....

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

.....

L'enfant est-il porteur de handicap ? Oui Non

Recommandations particulières :

.....

RECOMMANDATIONS

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

.....

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

.....

Y-a-t-il des recommandations particulière que vous souhaitez transmettre au directeur.trice du séjour concernant la vie quotidienne et besoins de l'enfant (rite d'endormissement, envie d'activités....) :

.....

Si vous souhaitez transmettre des informations plus confidentielles uniquement à l'organisateur UNCMT, merci de nous envoyer un mail à accueils@uncmt.fr ou par courrier **UNCMT – Service Séjours - 4 avenue du Parc Saint André – 14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR**

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? 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, gare, lieu intermédiaire).

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

téléphone :

Y-a-t-il une personne interdite de visite ? Père Mère Autres (précisez) :

Y-a-t-il une personne interdite de contact ? Père Mère Autres (précisez) :

Je soussigné(e),, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente et les accepter sans réserve. J'autorise le directeur du séjour à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales). Je m'engage, de plus, à rembourser toutes les sommes avancées.

Fait à Le

Signature des parents ou tuteurs

Signature du service inscrivant :

Nom, prénom, qualité, cachet