

## OBSERVATIONS

(Informations que vous voulez transmettre aux encadrants concernant l'enfant).

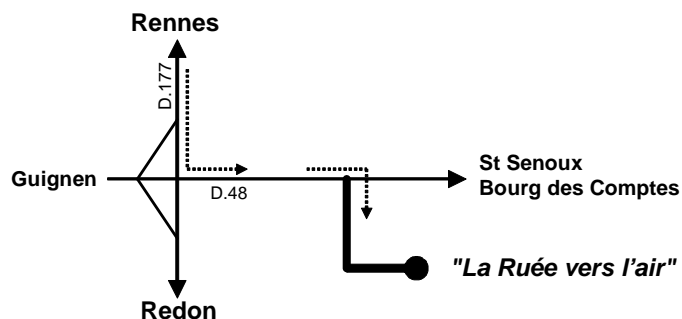
**Nous accueillons les enfants le.....à partir de .....**

**Le départ des enfants se fait le.....à.....**

(N'hésitez pas à nous contacter afin d'avoir le détail des horaires du séjour).

Par téléphone au 06.08.99.89.01 ou par mail : [la-ruée-vers-lair@wanadoo.fr](mailto:la-ruée-vers-lair@wanadoo.fr)

Personne venant chercher l'enfant à la fin du séjour.....



Numéro agrément :  
Jeunesse et sports : 035 ORG 0339  
Inspection académique : Ferme pédagogique  
Hébergement : 035-127-247  
F.F.E : 355001  
Label « Camp marabout »  
Affilié réseau bienvenue à la ferme »

## FICHE D'INSCRIPTION ET SANITAIRE

**Document important à remettre pour le début du séjour**  
**Sans ce document, l'enfant inscrit ne pourra pas rester sur le séjour**

**Séjour du.....au.....**

**Arrhes à verser : 77 euros**

**Renseignements sur le participant :**

Nom : .....Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....à : .....

Adresse :

**Renseignements sur la famille**

Responsable du participant : Père – Mère – Tuteur

NOM.....Prénom:.....

Adresse pendant le séjour :

Tél (joignable à tout moment):.....

Adresse de la caisse de sécurité sociale :

N° d'assuré : .....

Mutuelle : .....

**IMPORTANT :**

**Joindre photocopie de la carte vitale ainsi que l'attestation CMU ou mutuelle**  
**Joindre le certificat médical de non contre-indication à la pratique**  
**des sports équestres datant de moins de 3 mois avant le début du**  
**séjour.**

**Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

A t'il déjà eu les maladies suivantes :

Otite	Oui	Non	Scarlatine	Oui	Non	Asthme	Oui	Non
Rubéole	Oui	Non	Coqueluche	Oui	Non	Angine	Oui	Non
Rougeole	Oui	Non	Oreillons	Oui	Non	Varicelle	Oui	Non
Rhumatisme	Oui	Non						

Interventions chirurgicales subies :

.....Date : .....

.....Date : .....

**Vaccinations et rappels : noter sur le tableau ou joindre les photocopies des vaccinations**

Vaccin	Oui	Non	Date	Rappel	Rappel	Rappel
BCG						
TETRACOQ						
DTCP						
ROR						
VARIOLE						
HEPATITE B						
Sérum Anti-tétanique						
Sérum Anti-diptérique						

Traitement médical ou autres : .....

.....

.....

L'enfant mouille-t-il son lit  oui  non  parfois

Aucun traitement ne sera administré à l'enfant sans l'ordonnance du médecin.

**Déclaration des parents ou du responsable légal :**

**Je soussigné (e) Père – Mère – Tuteur\* (rayer les mentions inutiles) :**

.....

**AUTORISE :**

1. Mon enfant à participer au centre de vacances « La Ruée Vers l' Air »

Du : .....au : .....

2. Mon enfant à participer à toutes les activités du centre de vacances.

3. Le directeur du camp à pratiquer le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales), rendues à l'état de l'enfant.

Au retour, je m'engage à rembourser les dépenses pharmaceutiques et médicales qui pourraient être engagées en mon nom en cas d'urgence.

4. Les responsables du camp à transporter mon enfant dans la mesure où le directeur le jugera utile.

- ☛ Le centre ne pourra, en aucun cas, être rendu responsable de la perte de lunettes, bijoux, montres ou tout autre objet personnel.
- ☛ Nous recommandons que l'argent de poche soit confié à la direction du camp à l'arrivée. (Argent de poche non nécessaire pendant le séjour)
- ☛ L'enfant ne pourra être confié aux parents ou à toute autre personne que sur demande écrite et signée du responsable légal, qui déchargera la direction de toute responsabilité.

Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

Le : .....

Signature (précédée de la mention " lu et approuvé ")