



Centre itinérant de pratiques artistiques jeunes. <http://artscenesetcie.fr>
18, place de l'église (entrée rue de la cité, 1er étage) 46400 Saint-Céré
Tel. 05.81.48.01.62 – mail : artscenes46@yahoo.fr

Bulletin d'inscription
Les voyageurs aux semelles de vent
du 25 au 28 octobre

Partie à remettre au bureau d'Arts Scènes et Compagnie (Saint-Céré) avant la date
du séjour

Nom du séjour choisi :

Aux dates du au

Je soussigné(e) Mme, M.....

Adresse :

Code Postale : Commune.....

Mail :@.....

Téléphone :Mobile

Souhaite inscrire mon (mes) enfant(s)

Fille/Fils.....Né(e) le.....

Fille/Fils.....Né(e) le.....

Joindre justificatif du Quotient familial et attestation d'assurance extrascolaire.

L'adhésion familiale annuelle de 17 € est nécessaire (adhésion de date à date).

Droit à l'image

Droit au transport

Mon enfant a fréquenté l'ALSH d'Arts Scènes et Compagnie dans l'année scolaire.

Oui Non

J'atteste avoir lu et accepté le règlement intérieur du séjour (le règlement est accessible sur le site web et présent sous forme papier sur les lieux).

J'atteste avoir complété et signé la fiche sanitaire de liaison obligatoire.

Date et Signature des parents :

Infos pratiques

Le paiement:

Le coût de ce séjour est de 40€

Le paiement s'effectue par courrier ou au bureau avant chaque séjour, il est possible de payer en espèces, en chèque(s) et/ou en chèques vacances. Pour un paiement étalonné il suffit d'indiquer au dos de chaque chèque la date à laquelle vous souhaitez être débité.

La préparation :

Une semaine avant le premier jour du séjour, au plus tard, vous recevrez un descriptif des activités ainsi qu'une fiche trousseau en fonction du séjour. L'accueil se fait le premier jour à la Ferme des Cerisiers (sauf contre-indication) à Saint-Vincent du Pendit entre 8h30 et 9h30. Pour le bon déroulement du séjour il est préférable d'apporter les documents d'inscription et paiements au bureau d'Arts Scènes et Cie (18 Place de l'église, 46400 Saint-Céré)

Cadre réservé à l'administration			
Fiche sanitaire:			<input type="checkbox"/>
Attestation QF :			<input type="checkbox"/>
Paiement :	Échelonné <input type="checkbox"/>	En espèces <input type="checkbox"/>	En chèque(s) <input type="checkbox"/>
Chèques vacances :	Avec le dossier <input type="checkbox"/>	A venir <input type="checkbox"/>	Pas d'aides <input type="checkbox"/>
Attestation d'assurance extrascolaire :			<input type="checkbox"/>
Adhésion :	Déjà adhérent <input type="checkbox"/>	Nouvelle adhésion <input type="checkbox"/>	
		n°	
Dates des paiements échelonnés:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - 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	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....