



Fiche d'inscription

Intitulé du séjour :

Dates du séjour : du au

L'enfant

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance : Sexe : M F Nationalité :

Adresse postale :

Code Postal :

Ville : Classe :

N° Allocataire CAF (obligatoire):

Responsable 1 Mère Père Tuteur

Bénéficie de l'autorité parentale : Oui Non

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Code Postal : Ville :

Tél : Domicile : Portable : Bureau :

Adresse mail principale :@.....

Responsable 2 Mère Père Tuteur

Bénéficie de l'autorité parentale : Oui Non

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Code Postal : Ville :

Tél : Domicile : Portable : Bureau :

Adresse mail principale :@.....

Je soussigné(e)

Représentant légal de l'enfant

- Autorise l'enfant à participer au séjour indiqué ci-dessus organisé par IFAC et à participer à toutes les activités proposées.
- M'engage à récupérer mon enfant si son comportement s'avère incompatible avec les règles de vie collective et les règlements à respecter, et ce dans un délai de 48h et à mes frais.
- M'astreins à rembourser IFAC des frais médicaux engagés durant le séjour pour mon enfant.
- Autorise IFAC à photographier et à filmer mon enfant pendant le séjour et à utiliser l'image de mon enfant pour la présentation et l'illustration de ses séjours (Dans le cas contraire, merci de le signifier par écrit à IFAC avant le séjour).

Bon pour acceptation, le

Signature





Fiche sanitaire de liaison

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon

Fille

Intitulé du séjour :

Dates du séjour : du au

Cette fiche permet de recueillir des informations concernant votre enfant qui peuvent être utiles durant le séjour. Celle-ci évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour. Elle devra être accompagnée de la copie du carnet de vaccination de l'enfant et de la copie de l'attestation de sécurité sociale sur laquelle l'enfant figure.

PARTICULARITÉS DE SANTÉ

Votre enfant a-t-il ?

De l'asthme	Oui	Non	Une allergie médicamenteuse	Oui	Non	Une allergie alimentaire	Oui	Non
-------------	-----	-----	--------------------------------	-----	-----	-----------------------------	-----	-----

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

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

Indiquer les particularités de santé (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc.*). Préciser les dates ainsi que les précautions à prendre :

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



INFORMATIONS MÉDICALES ET UTILES CONCERNANT L'ENFANT

Cette rubrique est très importante pour nous qui ne connaissons pas votre enfant et ses habitudes

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Non Oui Lequel :

.....
.....

Joindre obligatoirement le jour du départ 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

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?	Sans porc	Sans viande	Autre
Votre enfant mouille-t-il son lit ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Fréquence :
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Porte-t-il des lunettes ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Dans quelles circonstances :
Porte-t-il une prothèse dentaire ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Dans quelles circonstances :

Autres informations utiles (porte-t-il des lentilles ? a-t-il peur du noir ? est-il somnambule ? etc.) :

.....
.....

Êtes-vous bénéficiaire de la CMU ? Non Oui (joindre un justificatif)

Responsable de l'enfant pendant le séjour

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Code Postal : Ville :

Tél : Domicile : Portable : Bureau :

Autre personne à contacter en cas d'urgence (Nom - téléphone - lien familial) :

.....

Fin de séjour

À l'issue du séjour, mon enfant est autorisé à repartir avec :

Mère Père Seul(e)

Autre(s) :

Nom : Prénom : Portable :

Nom : Prénom : Portable :

Nom : Prénom : Portable :

En cas d'un post acheminement au départ de Paris vers la province, nous assurons le transfert jusqu'à la gare ou l'aéroport de départ et les parents autorisent, de fait, leur enfant à repartir seul.

Je soussigné(e) 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 :

Pièces à fournir

Le dossier d'inscription est à nous retourner dûment rempli et complété avec :

- La fiche d'inscription (*ci-jointe*)



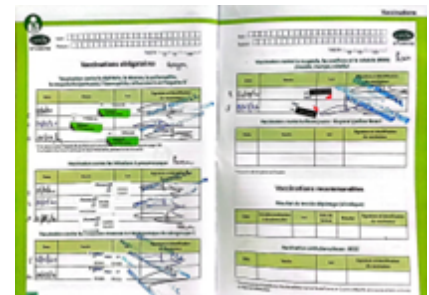
The image shows a form titled 'Fiche d'inscription' with the ifoc logo. It contains several sections for personal and family information, including fields for name, date of birth, address, and contact details. There are checkboxes for 'Membre' and 'Non' in various sections.

- La fiche sanitaire de liaison (*ci-jointe*)

- La copie de la pièce d'identité ou du passeport de l'enfant en cours de validité (*éventuellement le livret de famille*)

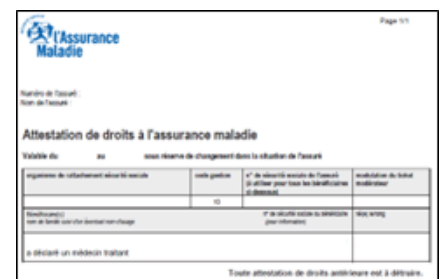


- La copie du carnet de vaccins de l'enfant



- La copie d'attestation de sécurité sociale sur laquelle l'enfant figure

(à télécharger sur le compte Ameli → <https://www.ameli.fr/>)



A form titled 'Attestation de droits à l'assurance maladie' from Assurance Maladie. It includes fields for the insured person's name and address, and a table with columns for 'Expérience de cotisation au 31/12/2014', 'Cotisation', 'N° de sécurité sociale du parent', and 'Qualification de l'assuré'. A note at the bottom states 'Toute attestation de droits antérieure est à débiter'.

