Attitude
La passion de découvrir, l'aventure en partage

www.pep-attitude.fr

Dossier enfant

FICHE SANITAIRE & ANNEXES

INFORMATIONS DE L'INSCRIPTION

ENFANT

Nom Prénom

Sexe Fille Garçon Né(e) le Âge ans

En situation de handicap Oui Non Si oui, préciser

FAMILLE (RESPONSABLE LÉGAL)

Nom Prénom

Adresse Complément

Code postal Localité

N° Allocataire Portable 1 Portable 2

Email

SÉJOUR

Centre

Nom du séjour

Dates de séjour

Ville de départ/retour

AUTRES CONTACTS À JOINDRE SI BESOIN DURANT LE SÉJOUR

Contact n°1

Contact n°2

Contact n°3

TRAJET RETOUR ET AUTORISATION DE RÉCUPÉRATION

Seul le responsable légal est habilité à récupérer l'enfant lors du retour

Dans le cas où une autre personne venait le chercher, merci de l'indiquer en remplissant les champs suivants

Nom

Prénom

Téléphone

Lien avec l'enfant

Notez que le représentant du séjour est habilité à demander de justifier de son identité à toute personne qui vient chercher l'enfant.

Autorisez votre enfant à quitter seul le groupe ?

Oui Non

Si oui, merci de préciser à quel moment :

- depuis le centre
- en cours de trajet
- au point de rendez-vous de la convocation

Note sur les dispositions légales relatives à la gestion des données personnelles (RGPD)

Les informations à caractère personnel que l'Association détient sont et seront :

Utilisées légalement, de manière appropriée et transparente et dans le respect du droit des personnes, des libertés individuelles et collectives ;

Recueillies et traitées que pour un usage déterminé et légitime, correspondant aux missions de l'Association responsable du traitement ;

Pertinentes, adéquates et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées;

Précises et mises à jour afin de s'assurer de leur exactitude ;

Conservées aussi longtemps que nécessaire en fonction de la finalité ;

Traitées de façon à garantir une sécurité appropriée et à éviter leur divulgation au moyen de mesures techniques ou organisationnelles appropriées.

Retrouvez plus de détails en consultant notre charte d'engagement relative à la protection des données personnelles.

INFORMATIONS SANITAIRES & DE SANTÉ

Document à remplir par le responsable légal
Ajouter photocopie de carte vitale et de CMU (le cas échéant)
Placer l'ensemble des documents dans une enveloppe.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, Père*, Mère*, Tuteur*,
certifie que mon enfant, Nom Prénom
est à jour de toutes ses vaccinations obligatoires et est, à ce jour, apte à la vie en collectivité.
N° de Sécurité Sociale Bénéficiaire CMU Oui Non

VACCINATION

Retranscrire les informations de vaccination à partir du carnet de santé ou des certifications de vaccination de l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépaptite B	
Tétanos				RoR	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				BCG	
ou Tétracoq				Autre (préciser)	
ou Pentacoq					

Joindre, sous enveloppe cachetée portant le nom de l'enfant, la copie des pages du carnet de santé relative aux vaccinations: Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication avec ce dossier. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication et est donc obligatoire.

SANTÉ

L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies ci-contre :

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Oreillons			Angine		
Coqueluche			Otites			Rhumatismes		
Varicelle			Rougeole			Scarlatine		

L'enfant fait-il de l'asthme ? Oui Non Si oui dans quel cas ?
Votre enfant est-il concerné par des allergies : MEDICAMENTEUSES ALIMENTAIRES AUTRES
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 suit-il actuellement un traitement
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.**

En cas de symptômes ou de contexte laissant supposer la présence du COVID-19, consentez-vous à la réalisation d'un prélèvement pour la réalisation d'un test antigénique ou RT-PCR de dépistage de la Covid-19 ?
Oui Non

RÉGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant est-il concerné par un régime alimentaire spécifique : Oui Non

Si oui lequel ?

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

- Votre enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non Si oui, préciser
- Si c'est une fille, est-elle réglée ? Oui Non
- Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation....), en précisant les dates et les précautions à prendre :

- Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires : Oui Non

- Votre enfant a-t-il des difficultés de motricité, de fatigabilité, de compréhension, de comportement ou de relation sociale : Oui Non Si oui préciser.....

- Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement spécifique dans les actes de la vie quotidienne et/ou la pratique des activités en séjours vacances ? Oui Non

Si oui, préciser

- Avez-vous des recommandations d'ordre général ? Des informations sur un suivi particulier de votre enfant ?

ACTIVITES NAUTIQUES (AUTRES QUE SORTIE PISCINE)

L'enfant sait-il nager ? Oui Non

Si oui, autorisez-vous votre enfant à pratiquer les activités nautiques ? Oui Non

**non nécessaire lors des séjours automne/ hiver.*

ENGAGEMENTS DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e) , responsable de l'enfant

- Certifie avoir pris connaissance du programme prévu lors du séjour et autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités du centre.
- Atteste que mon enfant est apte à la pratique des activités prévues au programme du séjour.
- Autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant précité.
- M'engage à rembourser à l'organisme qui gère mon dossier, l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques avancés, le cas échéant, pour mon compte.
- Accepte toutes décisions de renvoi de mon enfant (pour inadaptation, violence, détention ou consommation d'alcool ou de stupéfiants...(liste non exhaustive)) et m'engage à le récupérer durant le séjour et sans délais si nécessaire.
- M'engage à prendre à ma charge les frais de ce retour le cas échéant et renonce à toute demande de remboursement du séjour.
- Déclare exacts et sincères tous les renseignements portés sur toutes les pages du dossier enfant.

Fait à

le

ANNEXE

AUTORISATION DE PRISES DE VUES ET DE CESSION DE DROIT A L'IMAGE

Pour les mineurs **toutes les personnes ayant l'autorité parentale** doivent signer une autorisation, **généralement les deux parents.**

Je soussigné(e) ……..

Demeurant à : Adresse : ……
CP : ……
Ville : ……
Tél : ……..

Agissant en mon nom personnel, responsable de l'enfant ……(Nom + Prénom)

Autorise LES PEP à effectuer des prises de vues vidéos et des photographies reproduisant son image dans le cadre de son séjour :

Nom du séjour : ……
Lieu : ……
Date : ……

Cette autorisation emporte :

- □ La possibilité pour l'équipe du séjour de diffuser des photos de mon enfant sur le blog sécurisé du séjour selon les conditions générales d'utilisation du blog ondonnedesnouvelles.com
- □ La possibilité pour la **FEDERATION GENERALE DES PEP** d'apporter à la fixation initiale de l'image de mon enfant toutes modifications, adaptations ou suppressions qu'elle jugera utile. La **FEDERATION GENERALE DES PEP** pourra notamment l'utiliser, la publier, la reproduire, l'adapter ou la modifier, seule ou en combinaison avec d'autres matériels, par tous les moyens, méthodes ou techniques actuellement connues ou à venir.
  Cette autorisation est valable pour une utilisation :
  - Pour une durée de : 10 ans,
  - Sur les territoires : monde, tous pays,

  Cette autorisation vaut pour la promotion et la communication interne ou externe de la **FEDERATION GENERALE DES PEP** et de leurs membres. Cela concerne principalement la diffusion, la reproduction et la représentation sur tous supports analogiques ou numériques (notamment brochures, rapports annuels, Power Point, support de promotion, présentations y compris sous forme d'expositions ouvertes au public, fiches, supports de presse, CD-Rom, CDI, DVD, disques durs, sites internet, extranet et intranet, sites serveurs, sites miroirs, médias sociaux …etc.), par tout procédé, connu ou futur, dans toutes les langues.

Je garantis n'être lié(e) par aucun accord avec un tiers, de quelque nature que ce soit, ayant pour objet ou pour effet de limiter ou empêcher la mise en œuvre de la présente autorisation.
La présente autorisation d'exploitation de mon droit à l'image est consentie à titre gratuit.

Fait à ……., le ……..

Signature (précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé") :

Attitude
La passion de découvrir, l'aventure en partage

Référence dossier :

Référence association :

ARGENT DE POCHE

Centre

Nom de l'enfant

Prénom de l'enfant

Somme remise par la famille / le responsable

Somme contrôlée par les animateurs

L'organisme décline toute responsabilité pour d'éventuels vols ou pertes si l'argent n'est pas confié à l'équipe d'encadrement.

Glisser cette fiche dans une enveloppe avec l'argent de poche.

DATE	OBJET	Somme utilisée	Montant restant
SOLDE DE FIN DE SÉJOUR			