

Les Enforesté-e-s #9 | Séjour nature 11-15 ans
du 7 au 16 juillet 2024 – Jura (39)



FICHE D'INSCRIPTION

Enfant/Ado

Nom : Prénom :
Genre : Date de naissance :

Parent 1 (ou représentant-e légal-e 1)

Nom : Prénom :
Tél. (fixe et portable) : Adresse :
Mail* :

Parent 2 (ou représentant-e légal-e 2)

Nom : Prénom :
Tél. (fixe et portable) : Adresse (si différente) :
Mail* :

Fait àle.....

Signature(s) :

**Nous vous envoyons toutes les informations au sujet de l'organisation des séjours par mail : merci d'inscrire lisiblement les adresses des 2 parents ou responsables légaux.*

DROIT À L'IMAGE - DEMANDE D'AUTORISATION

Je soussigné(e).....
Demeurant.....
.....

Agissant en qualité de :

- Père Mère Tuteur-trice légal-e

Autorise l'équipe d'encadrement du séjour **Les Enforesté-e-s #9** qui se tiendra du 7 au 16 juillet 2024 à photographier, enregistrer et filmer l'enfant (nom et prénom) :

Autorise l'entité organisatrice dudit séjour (Association Liens Sauvages) à représenter, sans limitation de durée, la ou les photographies ou films pris pour les usages suivants :

- Communication papier et numérique liée aux activités des deux structures
 Documents de travail émis par les deux structures (bilans, descriptifs de projets...)

Fait àle.....

Signature des responsables légaux du participant :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Cette fiche vient en complément de la fiche sanitaire de liaison et permet d'apporter plus de précisions sur les besoins spécifiques de l'enfant que vous inscrivez. Ces informations permettront aux équipes pédagogiques d'accompagner au mieux les enfants dans toute leur singularité.

Condition physique :

Est ce qu'elle/il pratique une activité physique régulière ?.....
Si oui, laquelle ?
Combien de temps peut-elle/il marcher ?.....
A-t-elle/il l'habitude de marcher en pleine nature ?
A-t-elle/il une possible fragilité physique (entorse, antécédent, difficultés respiratoires,etc.) ?.....
.....

Conditions émotionnelle et relationnelle :

Quel est son état émotionnel du moment ?
.....
A-t-elle/il l'habitude d'être à l'écoute et de partager ses états émotionnels ?.....
.....
Est-elle/il familier·e à la vie en collectivité ? Quel est son rapport à l'autre ?
.....
Est-elle/il sujet·te à des troubles du comportement, sautes d'humeur, des violences... ? Si oui, savez vous ce qui peut lui faire du bien pour s'apaiser ?.....
.....

Autonomie, Hygiène :

A-t-elle/il besoin d'un accompagnement particulier à un certain moment de la journée (douche, habillage, énurésie...) ?
.....

Régime alimentaire (troubles alimentaires le cas échéant) :

.....

LES SOINS EN INFIRMERIE

Merci de cocher ou de rayer les produits que vous autorisez ou non :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Macérat* de millepertuis (petites brûlures) | <input type="checkbox"/> Onguent de Camomille (piqûres d'insectes) |
| <input type="checkbox"/> Onguent** de calendula (coupures, égratignures, échardes) | <input type="checkbox"/> Gel d'arnica (coups et les chocs) |
| <input type="checkbox"/> Désinfectant sans alcool en spray | <input type="checkbox"/> HE Tea Tree (morsures de tiques) |

*Macérat = plante + huile d'olive

**Onguent = Plante + huile d'olive + cire d'abeille

Merci d'écrire ci-dessous si votre enfant aura dans sa valise un produit médical sans ordonnance : (dont homéopathie, huiles essentielles, fleurs de bach...)

Nom du produit et posologie (conditions d'utilisation) :.....
.....
.....

Fait àle.....

Signature des responsables légaux du participant :



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE 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.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|---------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT Polio | | | | BCG | |
| Ou Tétracoq | | | | Autres (préciser) | |

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 | VARICELLE | ANGINE | SCARLATINE |
| 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"/> |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS |
| 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"/> |

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 LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____