



de loisirs de Buthiers



COLONIE TONIC ÉTÉ 2019

SPECIALE CE

FICHE D'INSCRIPTION

Nom du CE
Nom de l'enfant :
Prénom :
Age et date de naissance :
Lieu de naissance :

Nom, prénom des parents (ou personne responsable) :
.....
.....

Profession et employeur du père :
Profession et employeur de la mère :
Facture au nom de :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone(s) travail et domicile :
Téléphone(s) portable(s) :
Email :

NUMERO DE CAF (Obligatoire) :

VACCINATIONS (joindre la photocopie des vaccins)
Date du dernier rappel DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)

TRAITEMENTS, ALLERGIES, CONTRE-INDICATION (préciser) :
.....
.....

DROIT A L'IMAGE (cochez si vous n'autorisez pas)

Je n'autorise pas l'île de loisirs de Buthiers à photographier ou filmer, sans contrepartie financière, mon enfant, et à diffuser l'image de mon enfant sur des supports comme des affiches papiers, des sites internet pour la promotion du centre aéré de l'île de loisirs de Buthiers



Ouverture
le 7 juillet

à partir de 7 ans

TARIFS

1 semaine 350€ ; pour le 2ème enfant (et +) 300€
2 semaines 650€ ; pour le 2ème enfant (et +) 550€
3 semaines 900€ ; pour le 2ème enfant (et +) 800€

Le week-end : 110€

1 semaine 300€ 2e enfants 250€
2 semaines 600€ 2e enfants 500€
3 semaines 850€ 2e enfants 750€

Nom de la ou les personne(s) autorisée(s) à récupérer mon enfant (indiquer un numéro de téléphone si possible).....
.....

SEJOURS (cocher les dates retenues)

JUILLET

Semaine 1 : 7/07 au 12/07/2019

1er weekend : 13 et 14/07/2019

Semaine 2 : 14/07 au 19/07/2019

2ème weekend : 20 et 21/07/2019

Semaine 3 : 21/07 au 26/07/2019

Les inscriptions sont définitives et doivent obligatoirement être concrétisées par un versement d'arrhes (100€). En cas de non-participation au séjour retenu, les arrhes ne seront pas remboursées. **Le règlement global du séjour se fait, au plus tard, le jour de l'accueil de votre enfant. Un justificatif de domicile de moins de 6 mois doit être fourni à l'inscription.**

Les journées d'absence ne seront remboursées que pour une absence justifiée égale ou supérieure à deux jours, (maladie, décès, cas de force majeure) sur décision de la direction de l'Île de Loisirs.

L'Île de Loisirs de Buthiers accepte les bons VACAF (selon le département) et les chèques vacances, à fournir dès l'inscription.

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'île de loisirs à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et autorise l'enfant à participer à toutes les activités de l'Île de loisirs de Buthiers.

J'ai lu la fiche de renseignement (cf site internet -> club sportif -> Stage Tonic)

Nom et prénom (de la personne responsable) :

Date : Signature :



Ile de Loisirs de Buthiers
73 rue des roches 77760 BUTHIERS
Tel.: 01 64 24 12 87 - Fax : 01 64 24 15 79
contact@buthiers.iledeloisirs.fr
www.buthiers.iledeloisirs.fr





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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 | | | | 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 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS
