

Fiche individuelle d'inscription :

Informations générales :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe :

Mail :

Classe : Ecole :

Coller ici une
photo récente

Informations religieuses :

Votre enfant est-il baptisé ? OUI NON

A-t-il fait sa première communion ? OUI NON

Est-il confirmé ? OUI NON

Connait-il déjà la messe traditionnelle ? OUI NON

Sait-il la servir (garçons uniquement) ? OUI NON

Sauf contre-indication de votre part, l'imposition du scapulaire du Mont-Carmel sera proposée à vos enfants durant le séjour. Ils seront évidemment libres d'accepter.

Informations diverses :

Votre enfant a-t-il déjà participé à un camp ou une colonie de vacances ? OUI NON

Votre enfant dispose-t-il de protections nocturnes ? OUI NON

Remarques particulières :

.....

.....

Autorisations :

Je soussigné(e)

Demeurant à

Et agissant en qualité de : père / mère / représentant légal / tuteur

Autorise mon enfant :

Né(e) le :/...../

à participer au Camp Saint-Vincent-de Paul 2026 organisé par Monsieur l'abbé Alpin CLAISSE,
directeur de la colonie.

J'accepte que des photos de mon enfant soient utilisées par la colonie dans ses supports de communication (tracts, brochures, site internet, etc.). Connaissant les dangers de l'exposition des enfants sur les réseaux sociaux, nous nous efforçons au maximum de préserver l'anonymat des enfants.

J'autorise l'utilisation des moyens de transports nécessités par le camp.

J'autorise le directeur, Monsieur l'abbé Alpin Claisse ou à défaut la personne désignée par lui, à se substituer à moi – si une maladie ou un accident survenait à mon enfant au cours du camp – pour faire appel à un médecin et le faire admettre dans un hôpital ou une clinique, en le faisant transporter dans l'établissement le plus proche du lieu de l'accident. J'autorise également le directeur du camp ou à défaut la personne désignée par lui à reprendre l'enfant à sa sortie. Dans le cas où il me serait impossible d'être présent en temps utile, j'autorise le médecin ou le chirurgien à pratiquer toute intervention jugée indispensable, même sous anesthésie générale. Dans le cas où je déciderais que mon enfant soit rapatrié au plus proche de mon domicile, je m'engage à le faire sous mon entière responsabilité et de prendre en charge les frais de rapatriement qui ne seraient pas remboursés par la Sécurité Sociale.

Je certifie avoir lu et être en accord avec le projet éducatif.

(Lu et approuvé)

(Date et signature du responsable légal)

.....

.....

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

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)

[illegible]

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

[illegible]

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

[illegible]

.....

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 : _____

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

.....

.....

.....

[illegible]