

Les enfants en stage de vacances au CJLg (externat)

Lieu : Période : du au

LE VACANCIER

Nom - prénom :

Sexe : F/M

Date de naissance :

Type d'enseignement suivi : général - spécialisé.

A-t-il des frères ou sœurs ? oui - non Si oui, combien ?

LA PERSONNE RESPONSABLE :

Nom et qualité : (père, mère, tuteur)

Adresse complète :

Tél. / Fax :

LIEUX DE VIE :

Où l'enfant vit-il habituellement ? famille / institution / grands-parents :

Personne à contacter en cas d'urgence et qualité :

Adresse :

Tél. :

Eventuellement autre personne :

Adresse et tél. :

Y a-t-il des remarques concernant la participation à un stage de vacances ?

Renseignements complémentaires concernant ses goûts et son comportement :

LOISIRS :

• Quels sont ses loisirs favoris ?

• Y a-t-il des activités / sports qu'il / elle ne peut pratiquer ?

• Peut-il/elle pratiquer la natation ? oui - non

• Sait-il/elle nager ? TB - B - Moyen - Difficilement - Pas du tout

• Sait-il/elle rouler à vélo ? oui - non

• A-t-il/elle déjà participé à un stage de vacances ? oui - non

Si oui, où et quand ?

SANTE :

Nom et tél. du médecin traitant :

Etat de santé actuel du participant : TB - B - Moyen

Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? oui - non

Groupe sanguin : Rhésus :

DONNEES MEDICALES :

L'enfant souffre-t-il de manière permanente ou régulière de :

	OUI	NON	Si OUI, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ? Quelles précautions prendre ?
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Incontinence			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Coups de soleil			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Mal de route			
Autres			

- A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? oui - non
Si oui, quand et laquelle ?
- L'enfant est-il allergique ou particulièrement sensible :
A des médicaments ? oui - non. Si oui, lesquels ?
A certaines matières ou aliments ? oui - non. Si oui lesquels ?
Au soleil ? oui - non. Si oui quelles précautions particulières prendre ?
A d'autres choses ? oui - non. Si oui à quoi ?
- L'enfant devra-t-il prendre des médicaments pendant le stage ? oui - non. Si oui le(s)quel(s), quand et pourquoi ?
- A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières ?
- Porte-t-il des lunettes ? oui - non
- Porte-t-il un appareil auditif ? oui - non
- Souffre-t-il d'un handicap ? oui - non. Si oui lequel ?
- A-t-il été vacciné contre le tétanos ? oui - non - En quelle année ?
Date du dernier Rappel :
- Votre fille est-elle réglée ? oui - non

Déclaration de la personne responsable :

J'ai pris connaissance du projet pédagogique et des conditions générales d'inscription et je les accepte. J'autorise toute intervention chirurgicale jugée urgente par le médecin ainsi que les trajets en voiture indispensables.

J'accepte que des photos où mon enfant figure soient éventuellement utilisées dans vos publications et sur votre site internet.

Je m'engage à verser le montant dû au plus tard 2 semaines avant le début du stage, sur le compte 000-1349735-77 du CJLg.

Signature :

Date :