

# Les ados en vacances au CJLg

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'ado 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 centre 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 centre de vacances ? oui - non  
Si oui, où et quand ? .....

## SOMMEIL/REPAS :

- A-t-il/elle une habitude particulière avant de se coucher / pendant la nuit ? .....
- Faut-il le/la réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes ? .....
- Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? oui - non. Si oui lesquels ? .....
- A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? oui - non. Si oui, lequel ? .....
- Est-il végétarien / végétalien ? oui - non

## 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'ado 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			
Somnambulisme			
Insomnies			
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'ado 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'ado devra-t-il prendre des médicaments pendant le séjour ? 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 verse ce jour les **150 € d'acompte** et je m'engage à verser le solde dû au plus tard 2 semaines avant le début du séjour, sur le compte 000-1349735-77 du CJLg.

Signature :

Date :