



# FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS SEJOUR HIVER 2025

**NOM et Prénom de l'enfant** : .....

Né(e) le ...../...../..... à .....(Dpt.....)

Établissement scolaire : ..... Classe : .....

Téléphone (enfant) : .....

Je soussigné .....autorise mon enfant à participer :

**au séjour ski qui se déroulera du 9 au 15 février 2025 à Izeste (64)-hébergement et à Gourette (64)-station.**

Niveau de ski et date du dernier séjour : .....  
(\*Débutant, Classe de neige, Flocon 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> étoile...) (\*entourez la mention)

Taille : .....  Poids : .....  Pointure : .....

**Personne à prévenir en cas d'urgence** :

- NOM Prénom : .....
- Adresse : .....
- Tél : ..... Portable : .....
- Autre : .....
- E-mail pour la communication avec les parents : .....@.....

**J'autorise la Communauté de Communes Sauldre et Sologne à réaliser et à diffuser dans le cadre du séjour, les photos, vidéos et/ou films sur le site internet et la page Facebook du séjour et de la Communauté de Communes Ainsi que dans le cadre de documents de communication ou d'exposition.**

Oui  Non

## **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

→ Médecin traitant : .....  : .....

→ Vaccinations : joindre la photocopie du carnet de santé concernant les vaccins  
SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

→ Allergies : Oui  Non  Si oui, lesquelles .....

→ L'enfant a-t-il un P.A.I. (projet d'accueil individualisé) ? Oui  Non  (Si oui, joindre une copie du document)

→ L'enfant suit-il un traitement médical pendant les activités ? Oui  Non  (Si oui joindre une ordonnance récente avec les médicaments correspondants dans l'emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

→ Lunettes : Oui  Non  Prothèse auditive : Oui  Non  Prothèse dentaire : Oui  Non

→ Recommandations alimentaires : Oui  Non  (dans la limite de la faisabilité de la restauration) Si oui, lesquelles :  
.....

→ Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, énurésie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, en précisant les dates et les précautions à prendre) :  
.....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

**RESPONSABLE 1** père  mère  autre  (Précisez.....)

NOM .....PRÉNOM .....

ADRESSE .....

VILLE .....CP .....

TÉL.DOMICILE : .....TEL BUREAU : .....

TEL PORTABLE : .....Autres : .....

**RESPONSABLE 2** père  mère  autre  (Précisez.....)

NOM .....PRÉNOM .....

ADRESSE .....

VILLE .....CP .....

TÉL.DOMICILE : .....TEL BUREAU : .....

TEL PORTABLE : .....Autres : .....

### **J'autorise ou je n'autorise pas (1)**

**l'équipe d'animation à donner en cas de vomissements et/ou de diarrhées du smecta et/ou du vogalène et du paracétamol en cas de maux divers.**

Les différents frais seront avancés par la Communauté de Communes et un remboursement vous sera demandé au retour du séjour.

**Prévoir (obligatoire) pour l'inscription une copie de l'attestation de la couverture sociale (cpam, msa, rsi, cmu), de la mutuelle et d'une attestation d'assurance (extrascolaire ou responsabilité civile).**

Après le séjour, mon enfant sera remis(e) à .....

Je soussigné (e) .....

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- m'engage à signaler tout changement par écrit, la Communauté de Communes Sauldre et Sologne décline toute responsabilité en cas de renseignements non actualisés, autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin ou d'un service d'urgence, seul habilité à définir l'hôpital de secteur.

Date : .....Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

(1) Rayer la mention inutile