

FICHE D'INSCRIPTION SÉJOURS 2025

Cocher le camp souhaité :

- ☐ Séjour 1 du 7 au 11 juillet - 8/10 ans
- ☐ Séjour 2 du 15 au 18 juillet - 6/8 ans
- ☐ Séjour 3 du 21 au 25 juillet - 12 ans et +
- ☐ Séjour 4 du 28 juillet au 1^{er} août – 10/12 ans



INFORMATIONS

Enfant :

Nom : Prénom :
Classe : École :
Date de naissance:/...../..... Adresse :
.....

PARENT 1	PARENT 2
Nom / Prénom :	Nom / Prénom :
Adresse :	Adresse :
N° portable :	N° portable :
N° domicile :	N° domicile :
N° travail :	N° travail :
E-mail :	E-mail :
N° d'allocataire :	N° d'allocataire :
Quotient Familial :	Quotient familial :
☐ est le responsable légal de l'enfant	☐ est le responsable légal de l'enfant
<u>Autres personnes à contacter en cas d'urgence :</u>	
Nom / Prénom :	N° téléphone :
Nom / Prénom :	N° téléphone :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Madame/Monsieur responsable légal de l'enfant né(e) le/...../..... autorise mon enfant à participer au camp séjour organisé par la mairie de Ploemel.

Autorise le directeur du camp, à prendre toutes les initiatives nécessaires au cas où un problème de santé nécessiterait des soins d'urgence (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales), étant entendu que je serais informé aussi vite que possible.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à en respecter les termes.

Signature (avec la mention « Lu et approuvé ») :

Fait à

Le :

T.S.V.P
✍

INFORMATIONS SANITAIRES

Médecin traitant : Ville :
Téléphone :

Mise en place d'un **P.A.I.** (Projet d'Accueil Individualisé) ? ☐ Oui ☐ Non
P.P.S. (Projet Personnalisé de Scolarisation) ? ☐ Oui ☐ Non

*Si oui, joindre
le protocole au
dossier*

Vaccin obligatoire : DT POLIO date du dernier rappel :
date du prochain rappel :

Pour faciliter la prise en charge de votre enfant en cas de nécessité, nous vous invitons à joindre la copie des vaccins notés dans le carnet de santé.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? :

• Angine	☐ Oui	☐ Non	Commentaires :
• Coqueluche	☐ Oui	☐ Non	Commentaires :
• Oreillons	☐ Oui	☐ Non	Commentaires :
• Otite	☐ Oui	☐ Non	Commentaires :
• Rougeole	☐ Oui	☐ Non	Commentaires :
• Rubéole	☐ Oui	☐ Non	Commentaires :
• Scarlatine	☐ Oui	☐ Non	Commentaires :
• Varicelle	☐ Oui	☐ Non	Commentaires :
• Rhumatisme articulaire aigu	☐ Oui	☐ Non	Commentaires :

Votre enfant a-t-il des allergies ? :

• Alimentaires	☐ Oui	☐ Non	
• Asthme	☐ Oui	☐ Non	
• Médicaments	☐ Oui	☐ Non	
• Autres	☐ Oui	☐ Non	

Votre enfant suit-il un régime particulier ? (sans porc, végétarien...)

☐ Oui ☐ Non

Votre enfant présente-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation...) qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et/ou éventuels soins à apporter ?

Ce que vous souhaitez nous signaler concernant votre enfant (comportement, habitudes, port de lunettes, observations particulières...) :