

# FICHE D'INSCRIPTION

## LE PARTICIPANT

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                   |                              |                              |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| NOM :                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                   |                              |                              |
| PRENOM :                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                   |                              |                              |
| Date de naissance :                                          |                                                                                                                                                                                                                                                        |         | Classe actuelle : |                              |                              |
| Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Nationalité :                                                                                                                                                                                                                                          |         |                   |                              |                              |
| Adresse (si différente du responsable légal) :               |                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                   |                              |                              |
| Code postal :                                                |                                                                                                                                                                                                                                                        | Ville : |                   |                              |                              |
| Numéro de Tel portable du participant :                      |                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                   |                              |                              |
| Taille :                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                        | Poids : |                   | Pointure :                   |                              |
| Sait nager ?                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| IMPORTANT                                                    | Le participant a-t-il une <b>allergie sévère</b> (PAI), un <b>handicap</b> (dossier MDPH) ou un <b>problème de santé</b> sérieux qu'il faut absolument prendre en compte dès l'inscription ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |         |                   |                              |                              |
|                                                              | Si oui, lequel ?                                                                                                                                                                                                                                       |         |                   |                              |                              |



## INFORMATIONS RESPONSABLE LEGAL

|                      |  |         |                      |  |  |
|----------------------|--|---------|----------------------|--|--|
| NOM :                |  |         | PRENOM :             |  |  |
| Email :              |  |         |                      |  |  |
| Adresse :            |  |         |                      |  |  |
| Code postal :        |  | Ville : |                      |  |  |
| Téléphone domicile : |  |         | Téléphone portable : |  |  |
| Profession :         |  |         |                      |  |  |

## INFORMATIONS INSCRIVANT (s'il n'est pas le responsable légal)

Statut :

|               |  |         |             |  |  |
|---------------|--|---------|-------------|--|--|
| NOM :         |  |         | PRENOM :    |  |  |
| Email :       |  |         | Téléphone : |  |  |
| Adresse :     |  |         |             |  |  |
| Code postal : |  | Ville : |             |  |  |

## PERSONNE A CONTACTER PENDANT LE SEJOUR

|                            |  |  |             |  |  |
|----------------------------|--|--|-------------|--|--|
| Lien avec le participant : |  |  |             |  |  |
| NOM :                      |  |  | PRENOM :    |  |  |
| Email :                    |  |  | Téléphone : |  |  |

### DROIT à L'IMAGE.

☐ J'autorise la prise de vue et la diffusion de l'image du participant par l'association Le foyer de saint Martin sur tous ses supports de communication (site internet, réseaux sociaux, affiches, brochures...) et par un organe de presse dans le cadre d'un reportage (radio, télévision, presse écrite).

☐ Je n'autorise pas que le participant soit photographié.

Afin de protéger le droit à l'image de chacun et empêcher des diffusions fortuites, **le participant viendra SANS son téléphone portable** ni autre objet numérique.

### AUTORISATION DE TRANSPORT.

☐ J'autorise l'association Le Foyer de Saint Martin à transporter le participant en véhicule personnel durant le séjour de vacances.

| PIECES A JOINDRE au dossier :                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiche d'inscription <b>datée et signée.</b><br><input type="checkbox"/> Fiche sanitaire de liaison <b>datée et signée.</b><br><input type="checkbox"/> Photocopie de l'assurance responsabilité civile<br>(couvrant les dommages corporels auxquels le participant pourrait être exposé). | <input type="checkbox"/> Photocopie des vaccins obligatoires.<br><input type="checkbox"/> Photocopie de l'attestation de droits d'affiliation à l'assurance maladie sur laquelle apparait le participant ou l'attestation CMU.<br><input type="checkbox"/> Photocopie de la carte de mutuelle. |

| SEJOUR ET PRIX                                                                                  |      |                   |      | Prix en euros |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|------|---------------|
| Intitulé du séjour :                                                                            |      |                   |      |               |
| Dates                                                                                           | Du : |                   | Au : |               |
| Ville de départ :                                                                               |      | Ville de retour : |      |               |
| Réductions :                                                                                    |      |                   |      |               |
| <b>(1) TOTAL SEJOUR :</b>                                                                       |      |                   |      |               |
| (2) Acompte versé : 200€ attendus.                                                              |      |                   |      |               |
| (3) Adhésion à l'organisateur :                                                                 |      |                   |      |               |
| <b>Règlement à l'inscription (2) + (3) :</b>                                                    |      |                   |      |               |
| A l'ordre de « le Foyer de Saint Martin », à joindre avec la fiche d'inscription.               |      |                   |      |               |
| <b>AIDES :</b> joindre les justificatifs originaux de prise en charge à la fiche d'inscription. |      |                   |      |               |
| N° allocataire :                                                                                |      | Caisse :          |      |               |
| Nom de l'organisme :                                                                            |      | Montant :         |      |               |
| Autres aides                                                                                    |      |                   |      |               |
|                                                                                                 |      |                   |      |               |
| <b>(4) TOTAL DES AIDES :</b>                                                                    |      |                   |      |               |
| <b>SOLDE (1) - (2) – (4) - Réductions.</b>                                                      |      |                   |      |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des informations personnalisées de la part de « Le Foyer de saint Martin ».                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |
| Je sousigné.e                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Responsable légal de |
| Certifie avoir pris connaissance des conditions particulières d'inscription, des conditions générales de vente, du descriptif complet du séjour.<br>Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant et de rembourser les avances des frais médicaux engagés durant le séjour ainsi que les éventuels frais de rapatriement disciplinaire.<br>J'ai bien noté que l'association n'est en aucun cas responsable en cas de perte, de vol ou de détérioration d'objets fragiles ou de valeur durant le séjour. |                      |

|                                                                                   |        |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|
| Lu et approuvé bon pour accord :<br>(droit à l'image, autorisation de transport). | Date : | Signature : |
|                                                                                   |        |             |

Dossier à retourner avec les justificatifs demandés par email : [association@lefoyerdestmartin.fr](mailto:association@lefoyerdestmartin.fr) ou par courrier postal :  
Laurent JOLAIN  
LE FOYER DE SAINT MARTIN  
21 rue THIEBLEMONT  
10600 LA CHAPELLE SAINT LUC

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON



## DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

|                                                                                                                                                                                                      |  |                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|
| <b>NOM :</b>                                                                                                                                                                                         |  | <b>PRENOM :</b>                                              |  |
| Date de naissance :                                                                                                                                                                                  |  | Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |  |
| Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjours de vacances ou en accueil de loisirs). |  |                                                              |  |
| <b>1- VACCINATION se référer au carnet de vaccination et de santé.</b>                                                                                                                               |  |                                                              |  |

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui                      | Non                      | DATES RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS         | DATES |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|-----------------------------|-------|
| Diphtérie                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               | Coqueluche                  |       |
| Tétanos                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               | Haemophilus                 |       |
| Poliomyélite              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               | Rubéole-Oreillons- Rougeole |       |
|                           |                          |                          |               | Hépatite B                  |       |
|                           |                          |                          |               | Pneumocoque                 |       |
|                           |                          |                          |               | BCG                         |       |
|                           |                          |                          |               | Autres (préciser)           |       |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE- INDICATION.

## 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

|                                                   |  |          |  |                                                   |  |     |  |
|---------------------------------------------------|--|----------|--|---------------------------------------------------|--|-----|--|
| Poids :                                           |  | Taille : |  | <b>Informations nécessaires en cas d'urgence.</b> |  |     |  |
| Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? |  |          |  | Oui                                               |  | Non |  |

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

## ALLERGIES :

|                                                                                                                                       |     |                          |     |                          |                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|---------------------|--|
| Alimentaires :                                                                                                                        | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | Si oui lesquelles : |  |
| Médicamenteuses :                                                                                                                     | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | Si oui lesquelles : |  |
| Autres (Animaux, plantes pollens...) :                                                                                                | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> | Si oui lesquelles : |  |
| Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir. L'éventuel PAI. |     |                          |     |                          |                     |  |

|                  |     |                          |     |                          |  |
|------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|--|
| <b>DIABETE :</b> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>ASTHME :</b>  | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |  |

Si oui, joindre un certificat médical ou un PAI, notifiant les signes évocateurs et la conduite à tenir.

**INDIQUEZ CI-DESSOUS : Les DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

**3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :** Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.... Précisez les difficultés de sommeil, énurésie etc...

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT :**  
Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Responsable légal du mineur, déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser sinécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**  
OBSERVATIONS :

# Séjour au CHALET St MARTIN RETOURNEMER.

Prénom :

Nom :

TROUSSEAU DE BASE (7 jours)

En une valise.

(Le linge doit être identifié au nom de l'enfant)

**A coller dans le  
couvercle  
de la valise.**



| Désignation                                                                                                               | Quantité<br>Conseillée | Quantité<br>Départ* | Quantité<br>Arrivée | Quantité<br>Retour | Observations |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------|
| <b>Drap housse (90*190) + 1 si incontinence*</b>                                                                          | 1                      |                     |                     |                    |              |
| <b>Housse de couette ou drap (90*190)*</b>                                                                                | 1                      |                     |                     |                    |              |
| <b>Taie d'oreiller</b>                                                                                                    | 1                      |                     |                     |                    |              |
| Pyjama ou chemise de nuit                                                                                                 | 2                      |                     |                     |                    |              |
| Slips ou culottes                                                                                                         | 7                      |                     |                     |                    |              |
| Paires de chaussettes                                                                                                     | 7                      |                     |                     |                    |              |
| Tee-shirts                                                                                                                | 7                      |                     |                     |                    |              |
| Sweat-shirts - Polaire - dont 1 très chaud                                                                                | 2                      |                     |                     |                    |              |
| Pantalons ou jupes, jogging, survêtements                                                                                 | 2                      |                     |                     |                    |              |
| Shorts                                                                                                                    | 2                      |                     |                     |                    |              |
| Maillot de bain                                                                                                           | 1                      |                     |                     |                    |              |
| Serviettes de toilette (pas de drap de bain)                                                                              | 2                      |                     |                     |                    |              |
| Gants de toilette                                                                                                         | 1                      |                     |                     |                    |              |
| Trousse de toilette : savon, brosse à dent,<br>dentifrice, shampoing, peigne ou brosse à<br>cheveux, mouchoirs en papier. | 1                      |                     |                     |                    |              |
| <b>Blouson - coupe vent imperméable</b>                                                                                   | 1                      |                     |                     |                    |              |
| Paire de chaussons                                                                                                        | 1                      |                     |                     |                    |              |
| Paire de chaussures                                                                                                       | 1                      |                     |                     |                    |              |
| <b><u>Paire de chaussures pour la marche</u></b>                                                                          | 1                      |                     |                     |                    |              |
| Lunettes de soleil                                                                                                        | 1                      |                     |                     |                    |              |
| <b>Casquette ou Bob</b>                                                                                                   | 1                      |                     |                     |                    |              |
| Tube de crème solaire                                                                                                     | 1                      |                     |                     |                    |              |
| Gourde                                                                                                                    | 1                      |                     |                     |                    |              |
| Sac à dos (~15 litres)                                                                                                    | 1                      |                     |                     |                    |              |
| Sac à linge sale en tissu                                                                                                 | 1                      |                     |                     |                    |              |
| <b>Pour les camps</b>                                                                                                     | Duvet                  | 1                   |                     |                    |              |
|                                                                                                                           | Lampe de poche         | 1                   |                     |                    |              |

Des cartes postales et des timbres seront proposés aux enfants.

Vous êtes invités à préparer les enveloppes (ou liste) avec les adresses des courriers à écrire par votre enfant.

**Merci de proscrire les objets de valeur.**

\*Comptabiliser la tenue de départ.