

# Fiche d'inscription séjours

L'association D'Ecouvés Verte accompagne les jeunes sur des projets individuels et collectifs. Notre méthode pédagogique favorise l'implication et le développement et l'esprit critique. Afin de créer un vécu commun, il est indispensable que les jeunes s'engagent dans la démarche de projet.



\* Je, soussigné .....

Demeurant.....

Tel .....

Adresse mail.....

Responsable légal.e de .....

Autorise mon enfant à participer à.....

.....Organisé par l'association D'Ecouvés vert

**Papiers à fournir :** Attestation d'assurance scolaire, Fiche sanitaire ,

## \* **Autorisation parentale :**

J'autorise les organisateurs à transporter mon enfant en véhicule pour les besoins de l'activité et à le filmer ou photographier pour les besoins des documents d'animation, de communication ou de bilan nécessaires à la réalisation de l'activité.

- J'autorise le transport de mon enfant
- J'autorise la prise de photo de mon enfant
- J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant sur internet
- J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant lors d'évènement organisé par l'association ECV

## \* **Dates du projet :**

- 24 au 31 Octobre 2022

## \* **Modalités de paiement :**

Je règle les 150€ pour le séjour en ..... (indiquer le nombre de mensualités) par : chèque à l'ordre de D'Ecouvés Verte - par virement bancaire - en chèque vacances - en bons CAF ou MSA

**IBAN de l'association pour paiements par virement : FR76 1548 9648 5000 0165 0754 094**

Fait à .....

"lu et approuvé" + signature :

Le .....

# Fiche sanitaire

Cette fiche à été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utile pendant le séjour de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

## \* **Enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :

GARÇON

FILLE

.....

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Votre enfant mouille-il son lit ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

Votre enfant est-il réglé ?

NON

OUI

## \* **renseignements médicaux concernant l'enfant**

PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

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

RHUMATHIMES

VARICELLE

ANGINES

RUBEOLE

SCARLATINE

COQUELUCHE

OTITES

ROUGEOLE

OREILLONS

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Allergies :

ASTHME  oui  non

MÉDICAMENTEUSES  oui  non

ALIMENTAIRES  oui  non

AUTRES .....

## \* **Recommandations des parents :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....