



# Fiche d'inscription

A retourner dans les meilleurs délais à l'organisme (mairie, CE,...) par lequel est inscrit votre enfant ou à ADP Juniors 4, bd Louis XIV 59000 LILLE

PHOTO  
(à coller)

Réservé à ADP Juniors : N°CV5 : .....

Nom de l'organisme par lequel vous avez inscrit votre enfant (Mairie, CE, ASE, individuels...) : .....

## Le séjour

Nom du séjour : ..... Dates: du ..... au .....

## Le participant

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe :  Fille  Garçon

Le jeune sait nager ?  Oui  Non

Est-il déjà parti en centre de vacances ?  Oui  Non

Pour les séjours hiver : Taille : ..... cm Pointure : ..... Niveau :  débutant  Ourson  Flocon  1<sup>e</sup> étoile  2<sup>ème</sup> étoile  3<sup>ème</sup> étoile et plus

## Le responsable

Nom(s) & prénom(s) du responsable(s) : .....

Lien avec l'enfant:  Parent(s)  Père  Mère  Tuteur/tutrice  Famille d'accueil  Foyer

Adresse de correspondance: .....

Code postal..... Ville: .....

Courriel : .....@.....

Téléphone(s): portable  domicile  travail

Personne à contacter en cas d'absence du responsable indiqué : M. Mme..... téléphone

Lien avec l'enfant : .....

Numéro de sécurité sociale :  Nom & prénom de l'assuré : .....

Centre payeur n° ..... Adresse complète .....

(Vous reporter à l'attestation de carte vitale)

L'enfant bénéficie-t-il de la CMU ?  Non  Oui, le cas échéant fournir une attestation valide à la date de fin de séjour

L'enfant bénéficie-t-il de l'Aide Vacances Enfants CAF du Nord ?  Non  Oui, le cas échéant fournir votre numéro d'allocation : .....

## La liaison médicale

VACCINATIONS : Joindre une copie du carnet de santé L'enfant est-il à jour de ses vaccins ?  Oui  Non

Votre enfant suivra-t-il un traitement médical durant le séjour  Oui  Non Si oui, lequel ? .....

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

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

ANGINES :  OUI  NON RHUMATISMES :  OUI  NON SCARLATINE :  OUI  NON

OTITES :  OUI  NON COQUELUCHE :  OUI  NON ROUGEOLE :  OUI  NON

OREILLONS :  OUI  NON VARICELLE :  OUI  NON RUBEOLE :  OUI  NON

Votre enfant est-il sujet à l'asthme ?  Non  Oui Si oui, merci d'indiquer s'il suit un traitement (le fournir le cas échéant avec l'ordonnance du médecin)

Le jeune mange-t-il de la viande ?  Oui  Non

Le jeune suit un régime alimentaire particulier ?  Oui  Non Si oui, lequel ? .....

L'enfant est-il allergique ? ALIMENTS  Oui  Non MEDICAMENTS  Oui  Non AUTRES  Oui  Non

Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir : .....

Indiquez-ci après Les difficultés de santé ou de comportement (maladie, handicap, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation,...) ou tout autre problème important en précisant les dates et les précautions à prendre ainsi que les recommandations utiles (lunettes,...) d'ordre médical ou général (énurésie,...) : .....

## L'autorisation légale de départ

Je soussigné (e).....(Noms & prénoms obligatoires) responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements indiqués, avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription aux séjours ADP Juniors (disponible dans le catalogue ou sur www.adpjuniors.com) et certifie que mon enfant est apte à y séjourner et à pratiquer les activités proposées. J'autorise le directeur du séjour à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions des services médicaux et m'engage à rembourser les sommes avancées en règlement des soins prodigués à mon enfant.

Le ..... A .....

Signature obligatoire du responsable légal  
Précédée de la mention « Lu et approuvé »