



## FICHE D'INSCRIPTION

Association VISAS  
54 Bd Foch—38000 Grenoble  
Tél 04 76 85 12 40 - Fax 04 76 17 07 37  
www.visas-loisirs.com - info@visasloisirs.com

PHOTO  
RECENTE  
OBLIGATOIRE

Nom du Séjour \_\_\_\_\_

Lieu \_\_\_\_\_

Dates \_\_\_\_\_

Ville de départ / retour \_\_\_\_\_

Cachet ou nom du CE,  
Mairie, individuels, ...

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Sexe M  F  Date de Naissance \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**pour toute communication entre l'association et le responsable légal  
et pour l'envoi des informations relatives au séjour de l'enfant**

### INFORMATIONS ACTIVITE SKI OU SURF

*Renseignements à remplir impérativement pour l'organisation du séjour de votre enfant*

#### Pour certains séjours, choix de l'activité

Ski  ou Surf

#### Matériel de ski / surf

Taille (en cm) : \_\_\_\_\_

Pointure : \_\_\_\_\_

Poids de l'enfant : \_\_\_\_\_

#### Niveau ESF acquis

Ski  Débutant  Flocon  1<sup>ère</sup> étoile  2<sup>e</sup> étoile  3<sup>e</sup> étoile  Etoile d'or  Chamois Flèche

Surf  Débutant  Surf accueil  1<sup>er</sup> surf  2<sup>e</sup> surf  3<sup>e</sup> surf  Surf confirmé

**A préciser pour le surf :**  Goofy (pied droit devant)  Regular (pied gauche devant)

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT PENDANT SON SEJOUR

Responsable légal  père  mère  tuteur  
Situation familiale  marié (e)  divorcé(e)  veuf(ve)  vie maritale  célibataire

**Monsieur et / ou Madame**

Monsieur \_\_\_\_\_

Madame \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Profession M. \_\_\_\_\_ Mme \_\_\_\_\_

Tél. travail M. \_\_\_\_\_ Mme \_\_\_\_\_

Portable M. \_\_\_\_\_ Mme \_\_\_\_\_

Tél. domicile M. \_\_\_\_\_ Mme \_\_\_\_\_

**Autre personne à joindre en cas d'absence**

Nom \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_

### A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e), Nom, Prénom, \_\_\_\_\_

⇒ Autorise l'enfant \_\_\_\_\_ à participer aux activités prévues durant le séjour

⇒ Autorise le directeur à faire pratiquer sur l'enfant \_\_\_\_\_ toute intervention chirurgicale nécessaire en cas d'urgence

⇒ Déclare exactes toutes les informations mentionnées sur la fiche d'inscription

⇒ M'engage à rembourser VISAS des éventuels frais médicaux et frais annexes dont l'avance m'aura été faite.

⇒ Déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription figurant sur les catalogues et sur le site Internet de l'association : [www.visas-loisirs.com](http://www.visas-loisirs.com)

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature

### OBSERVATIONS EVENTUELLES

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES  
PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT.  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ  
ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Autres (préciser)	
Coqueluche					
Ou DT polio					
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

⇒ L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ?  OUI  NON

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

⇒ L'enfant mouille-t-il son lit ?  oui  non  occasionnellement

⇒ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- RUBÉOLE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	- COQUELUCHÉ	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- VARICELLE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	- OTITE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- ANGINE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	- ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- OREILLONS	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	- RHUMATISME ARTICULAIRE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- SCARLATINE	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	AIGÛ		

ALLERGIES : ASTHME  oui  non MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
ALIMENTAIRES  oui  non AUTRES .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

## INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (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, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

## 4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

## OBSERVATIONS