

Bulletin d'inscription URB CAMP



SESSION 1 Demi-pension (245€) Pension complète - Internat (345€)
SESSION 2 Demi-pension (245€) Pension complète - Internat (345€)

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Parrainage :

Adresse :

Téléphone fixe:

Téléphone portable :

E-mail :

N° de licence :

Remarques particulières (allergies, régimes alimentaires, hygiène, etc.) :

Veillez remplir la fiche sanitaire jointe à ce document et nous fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport en compétition, si votre enfant n'est pas licencié.

Je soussigné(e),

, responsable légal de

l'autorise à participer à toutes les activités du camp

autorise le Directeur, en cas d'urgence, à prendre toutes les mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires

autorise la publication, sur le site Internet de planete-urb.com et sur les réseaux sociaux, de photos ou d'images de l'enfant ci-dessus nommé prises à l'occasion du séjour

Conditions de paiement :

- Remboursement complet sauf 10€ de frais de dossier en cas d'annulation du camp de notre part
- Remboursement intégral, sauf frais de dossier à J-8 et remboursement à 50% à J-3 si annulation de votre part
- Pas de remboursement à partir de J-2
- Acompte de 50% lors de l'inscription à recevoir pour valider l'inscription
- Possibilité de payer en 3 fois(sans frais) par chèque avec date d'encaissement des chèques au dos
- Chèques vacances acceptés
- Paiement en ligne possible via la plateforme weezevent (voir site)
- Paiement en liquide possible
- Inscription et règlement (chèque ou liquide) à retourner sur la boîte mail (camp2022@planete-urb.com) ou par voie postale à l'adresse suivante : *URB Camp, 1 rue de Houat 35250 St Aubin d'Aubigné*

Signature

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

1- ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021-2022

NOM
PRENOM
DATE DE NAISSANCE :
GARCON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT (L'ARRETE DU 20 FEVRIER 2003 RELATIF AU SUIVI SANITAIRE DES MINEURS EN SEJOURS DE VACANCES OU EN ACCUEIL DE LOISIRS).

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDEES	DATES
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hépatite B	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="text"/>
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Haemophilus	<input type="text"/>
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Pneumocoque	<input type="text"/>
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Autre (préciser)	<input type="text"/>

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

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : kg, Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A 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**.

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, COMPORTEMENT DE L'ENFANT, DIFFICULTÉS DE SOMMEIL... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? oui non

5- INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature