FICHE D'INSCRIPTION

tousencolo.fr
>>> centres de vacances

vacances adaptées et inclusion

TITRE DU SÉJOUR .....

DATES : du ..... au .....

du ..... au .....

Photo de l'enfant (obligatoire)

L'ENFANT (Ecrire en majuscules)

NOM .....

PRÉNOM .....

Date de naissance .....

Sexe : M ❑ F ❑

Adresse où réside l'enfant .....

.....

.....

Code Postal ..... Ville .....

Pays .....

INFORMATIONS INSCRIVANT

Personne s'occupant de l'inscription :

NOM ..... **PRÉNOM** .....

Qualité .....

Adresse .....

.....

Code Postal ..... Ville .....

Tél. fixe ..... Tél. portable .....

Adresse mail ..... @ .....

Établissement fréquenté durant l'année .....

.....

Personne de référence .....

Adresse .....

.....

Code Postal ..... Ville .....

Tél. .....

TSVP ›››

Inscription

EPAL est une association de type Loi 1901. Pour bénéficier de ses services, il est impératif d'en être adhérent. Une seule adhésion par famille : coût annuel 2016 : 22,50 €. L'adhésion sera appliquée sur votre facture.

Dès à présent, nous vous proposons d'inscrire une date sur votre calendrier familial : **le dimanche 25 juin 2017**.
Nous vous invitons à notre après-midi de présentation et d'information en Finistère.
Vous pourrez y rencontrer l'équipe d'animation qui accueillera votre enfant et animera durant l'été le séjour auquel il est inscrit.
Nous vous ferons connaître en temps utile d'autres informations concernant cette journée.
Vous pouvez nous téléphoner pour de plus amples informations, ou passer nous rendre visite :

- **à Brest** au 02 98 41 84 09, au 10 rue Nicéphore Niépce (Zone artisanale de Loscoat, derrière chez Tanguy Matériaux, près de Kijou Parc : en bus, ligne 5, arrêt conseillé NIEPCE, puis remonter la rue Nicéphore Niépce jusqu'au 10).
Du lundi au vendredi, de 10 h à 12 h et 13 h 30 à 18 h.
- **à Rennes** au 02 99 27 67 30, 21 rue de Châtillon (esplanade sud de la Gare SNCF, à la base de l'immeuble « résidence étudiante », façade marquée).
Du lundi au vendredi, de 10 h à 12 h et 14 h à 17 h 30.
- **à Nantes** au 02 40 40 77 58.

Cadre réservé à EPAL

N° adhérent .....

Confirmation inscription le .....

Réf. séjour .....

Arrhes versées .....

Facturation le .....

Validé le .....

ePAL ASSOCIATION

10 rue Nicéphore Niépce - BP 40002
29801 Brest Cedex 09

Personne à contacter pendant le séjour :

(Le contact doit être absolument joignable pendant le séjour, notamment en cas d'interruption ou d'inadaptation)

NOM ..... **PRÉNOM** .....

Qualité .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Tél. fixe ..... Tél. portable .....

Adresse mail ..... @ .....

Les informations concernant le séjour seront envoyées à :

NOM ..... **PRÉNOM** .....

(Etablissement) .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Compte-rendu :

Je souhaite recevoir un compte-rendu de séjour ❑

NOM ..... **PRÉNOM** .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Acceptez-vous que l'établissement reçoive une copie de ce compte-rendu ? Oui ❑ Non ❑

Le relevé de frais sera adressé à :

NOM ..... **PRÉNOM** .....

(Etablissement) .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Assurance Annulation-Interruption :

Informations : rubrique « conditions particulières de vente » sur note site : www.tousencolo.fr

Oui ❑ Non ❑

Joindre un chèque de 12,50 € à l'ordre de EPAL (à distinguer du chèque d'arrhes).

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant, certifie avoir pris connaissance des conditions particulières de vente ainsi que des conditions générales de vente (article 95 à 103 du décret 94-490 du 15 juin 1994) figurant sur le site www.tousencolo.fr rubrique conditions générales de vente, guide de l'inscription. Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjours m'incombant. J'ai bien noté que l'Association n'est pas responsable en cas de perte ou de vol (appareil électronique...) durant le séjour.

Lu et approuvé	Signature
Date	

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

tousencolo.fr
>>> centres de vacances

vacances adaptées et inclusion

L'ENFANT (Ecrire en majuscules)

NOM ..... **PRÉNOM** .....

Date de naissance ..... Garçon ☐ Fille ☐

Code et titre du séjour .....

Dates ..... Organisateur .....

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 sera détruite à la fin du séjour.

VACCINATION

(Compléter le tableau ou joindre la copie du carnet de santé ou les certificats de vaccination signés)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
Autres (préciser)					

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.

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 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole ..... Oui ☐ Non ☐ Varicelle ..... Oui ☐ Non ☐ Angine ..... Oui ☐ Non ☐
Rhumatisme articulaire aigu .. Oui ☐ Non ☐ Scarlatine ..... Oui ☐ Non ☐ Coqueluche ..... Oui ☐ Non ☐
Otite ..... Oui ☐ Non ☐ Rougeole ..... Oui ☐ Non ☐ Oreillons ..... Oui ☐ Non ☐

ALLERGIES :

Asthme ..... Oui ☐ Non ☐ Médicamenteuses .. Oui ☐ Non ☐ Alimentaires ..... Oui ☐ Non ☐
Autre .....

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 .....

.....

.....

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DU RESPONSABLE

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ? Précisez :

.....

.....

.....

.....

.....

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM ..... **PRÉNOM** .....

Adresse (pendant le séjour) .....

.....

.....

Tél. fixe (et portable) ..... Domicile ..... Bureau .....

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) .....

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

PENDANT LE SÉJOUR SI DIFFÉRENTE DU RESPONSABLE LÉGAL (OBLIGATOIRE)

NOM ..... **PRÉNOM** .....

Lien avec l'enfant .....

Tél. fixe ..... Portable .....

Mail .....

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, autorise mon enfant à partir au séjour et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale anesthésie comprise) rendue nécessaire par l'état de l'enfant. J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Date	Signature

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances

.....

.....

.....

Observations .....

.....

.....

FICHE COMPLÉMENTAIRE D'INSCRIPTION

tousencolo.fr >>> centres de vacances

vacances adaptées et inclusion

TITRE DU SÉJOUR .....

DATES : du ..... au .....

du ..... au .....

L'ENFANT OU ADOLESCENT (Ecrire en majuscules)

NOM ..... **PRÉNOM** .....

RELATIONS

L'enfant ou l'adolescent concerné : PRÉCISIONS ÉVENTUELLES

- va facilement vers les adultes Oui ❑ Non ❑ .....
- vers les autres participants Oui ❑ Non ❑ .....

En cas de difficultés pour entrer en relation, indiquez nous vos recommandations et conseils :

.....

.....

.....

.....

COMMUNICATION ET ÉCHANGE

L'enfant ou l'adolescent concerné : PRÉCISIONS ÉVENTUELLES

- parle Oui ❑ Non ❑ .....
- se fait comprendre par mots Oui ❑ Non ❑ .....
- se fait comprendre par gestes Oui ❑ Non ❑ .....
- se fait comprendre par images ou pictogrammes (les joindre si besoin) Oui ❑ Non ❑ .....

Autre mode de communication (joindre feuille annexe si nécessaire) .....

- est capable d'exprimer un/des choix Oui ❑ Non ❑ .....
- est capable d'exprimer une douleur, un mal-être, une angoisse Oui ❑ Non ❑ .....
- sait téléphoner Oui ❑ Non ❑ .....
- sait lire et écrire Oui ❑ Non ❑ .....

Note : ce document est confidentiel. Il est exclusivement utilisé par l'équipe d'animation en charge de l'accueil et de l'accompagnement de l'enfant et/ou de l'adolescent concerné.

ePAL ASSOCIATION
10 rue Nicéphore Niépce - BP 40002
29801 Brest Cedex 09

COMPORTEMENT

Indiquez si ces états peuvent être déclenchés par des situations particulières. Il est important de préciser les attitudes à adopter, les précautions à prendre.

Le vacancier est-il susceptible de :

- "fuguer" Oui ❑ Non ❑ .....
- avoir un comportement agressif Oui ❑ Non ❑ .....
- avoir des gestes de violence :
  - envers lui-même Oui ❑ Non ❑ .....
  - envers les autres Oui ❑ Non ❑ .....

Le vacancier est-il sujet :

- aux hallucinations Oui ❑ Non ❑ .....
- aux phobies Oui ❑ Non ❑ .....
- aux délires Oui ❑ Non ❑ .....
- à l'isolement Oui ❑ Non ❑ .....
- à l'agitation Oui ❑ Non ❑ .....
- aux rituels Oui ❑ Non ❑ .....

Y a-t-il d'autres points, éléments, précautions, sur lesquels vous souhaitez insister ? (comportements, habitudes, crises, situations difficiles...)

.....

.....

.....

.....

Merci de nous indiquer ici vos conseils ou méthodes pour réagir dans la gestion de crises, ou des attitudes particulières à avoir :

.....

.....

.....

.....

REPÈRES

L'enfant ou l'adolescent concerné :

- repère les moments clés de la journée Oui ❑ Non ❑ .....
- se repère dans les lieux Oui ❑ Non ❑ .....

Quel accompagnement utilisez-vous pour lui faciliter cette prise de repères ?

.....

.....

.....

.....

REPAS

Mange seul Oui ❑ Stimulé ❑ Non ❑

Mange seul avec des couverts adaptés Oui ❑ Non ❑ Lesquels.....

Doit avoir des aliments : mixés ❑ moulinés ❑ émiettés ❑

Dans le cas d'un régime particulier, joindre **obligatoirement** un document annexe.

VIE QUOTIDIENNE

S'occupe seul de ses affaires personnelles Oui ❑ Stimulé ❑ Accompagné ❑ Non ❑

Reconnaît ses effets personnels (linge, objet) Oui ❑ Non ❑ .....

SOMMEIL

Se couche tôt (après le dîner) Oui ❑ Non ❑ .....

A des difficultés à s'endormir Oui ❑ Non ❑ .....

Est sujet aux insomnies, aux angoisses Oui ❑ Non ❑ .....

Se lève la nuit Oui ❑ Non ❑ .....

A un lever difficile Oui ❑ Non ❑ .....

Fait la sieste Oui ❑ Non ❑ .....

HYGIÈNE

L'enfant ou l'adolescent concerné :

- sait aller aux W.C. Oui ❑ Stimulé ❑ Accompagné ❑ Non ❑
- est sujet à l'énurésie Diurne ❑ Nocturne ❑ Non ❑
- est sujet à l'encoprésie Diurne ❑ Nocturne ❑ Non ❑
- porte des protections Oui ❑ De jour ❑ De nuit ❑ Non ❑
- fait sa toilette Oui ❑ Stimulé ❑ Accompagné ❑ Non ❑
- sait se raser Oui ❑ Stimulé ❑ Accompagné ❑ Non ❑
- sait s'habiller Oui ❑ Stimulé ❑ Accompagné ❑ Non ❑

ACTIVITÉS

Sait choisir une activité parmi plusieurs Oui ❑ Non ❑ .....

Baignade autorisée Oui ❑ Non ❑ Sait nager Oui ❑ Non ❑

CAPACITÉS PHYSIQUES

L'enfant ou l'adolescent concerné :

- est Peu fatigable ❑ Très fatigable ❑
- peut marcher Moins d'1 heure ❑ 1 heure ❑ Plus d'1 heure ❑
- a besoin de soutien lors des déplacements Oui ❑ Non ❑ .....

SORTIES ET DÉPLACEMENTS

L'enfant ou l'adolescent concerné :

- marche seul Oui ❑ Non ❑ .....
  sur sol plat : Oui ❑ Non ❑ et/ou sur sol tout terrain Oui ❑ Non ❑
- marche avec une aide Oui ❑ Non ❑
  sur sol plat Oui ❑ Non ❑ et/ou sur sol tout terrain Oui ❑ Non ❑
  Si oui, quel est le type d'aide (canne, déambulateur, fauteuil, accompagnant) .....
- peut monter/descendre un escalier seul Oui ❑ Non ❑ .....
- sort seul Oui ❑ Non ❑ .....
- sort seul après préparation Oui ❑ Non ❑ .....
- sait demander son chemin Oui ❑ Non ❑ .....
- peut rester seul sur le lieu du séjour Oui ❑ Non ❑ .....

MÉDICAL

A un traitement Oui ❑ Non ❑ .....

Nécessite des soins infirmiers Oui ❑ Non ❑ .....

Si oui, de quel type ? .....

Pour une prise en compte de ces soins, joindre impérativement une copie de l'ordonnance, la programmation et le nom et les coordonnées du cabinet concerné avant le début du séjour.

Suit un régime Oui ❑ Non ❑ .....

Si oui, joindre obligatoirement un document précisant la nature du régime

Vigilance sur les quantités Oui ❑ Non ❑ .....

Pour les adolescents, utilise un moyen de contraception Oui ❑ Non ❑ .....

ARGENT PERSONNEL

Gère son argent Oui ❑ Accompagné ❑ Non ❑

Sait faire un achat simple Oui ❑ Accompagné ❑ Non ❑

Pour les adolescents de plus de 16 ans :

- consommation de tabac autorisée Oui ❑ Non ❑
- si oui, nombre de cigarettes par jour .....
- L'adolescent concerné gère seul son paquet Oui ❑ Non ❑

Nous rappelons que la consommation d'alcool n'est pas autorisée en séjour de vacances.

ATTENTES OU SOUHAITS

L'enfant ou l'adolescent concerné a-t-il des souhaits particuliers ?

.....

.....

.....

.....

HABITUDES

Durant les vacances, est-il important qu'il respecte certaines habitudes, certains rites ?
(Exemple : allume sa radio le matin, fait du dessin, aime écouter la musique...)

.....

.....

.....

.....

NOTE COMPLÉMENTAIRE À L'ATTENTION DE L'ÉQUIPE

Cet espace est proposé afin de poser en quelques lignes une ou des informations complémentaires qui permettront à l'équipe de mieux accueillir le vacancier qui peut aussi participer à cette écriture.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....