

# FICHE D'INSCRIPTION

tousencolo.fr

>>> colonies 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 .....

## LA PERSONNE S'OCCUPANT DE L'INSCRIPTION :

**NOM** ..... **PRÉNOM** .....

Qualité .....

Adresse .....

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

Tél. fixe ..... Tél. portable .....

Adresse mail  @

## PERSONNE CONNAISSANT BIEN L'ENFANT pour un contact avant le séjour :

**NOM** ..... **PRÉNOM** .....

Qualité .....

Tél. .... Mail  @

Établissement fréquenté durant l'année .....

.....

Personne de référence .....

Adresse .....

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

Tél. ....

## 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 2018 : 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 24 juin 2018.**

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 .....

**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 notre site : [www.tousencolo.fr](http://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](http://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

Date

Signature

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 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) .....

**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 COMPLÉTER PAR EPAL

- Fiche de renseignements médicaux à destination des équipes
- Fiche de renseignements médicaux cachetée du médecin à destination d'un médecin

# FICHE COMPLÉMENTAIRE D'INSCRIPTION

**TITRE DU SÉJOUR** .....

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

FICHE COMPLÉTÉE PAR :

Nom .....

Prénom .....

Qualité .....

.....

Tél .....

Mail .....

## 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  .....

## 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 (cane, 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 autres que la prise du traitement

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.

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