

# LA RECRÉE DU MERCREDI ENTRE-DEUX

**FICHE INSCRIPTION** à retourner avec dossier complet au 33 chemin de la pépinière, 97436 Saint-Leu

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Nom des parents :

Adresse postale :

Téléphone :

Email lisible :

Formule année :  600 euros pour l'année

Formule semestre :  330 euros (1<sup>er</sup> de août à décembre, 2<sup>ème</sup> de janvier à juillet)

Formule 10 mercredis :  250 euros pour 10 mercredis

## Repas et goûter compris

Accueil les minibus sont réservés à la formule année

- de 7h50 à 8h00 départ minibus parking Picard (8places)
- de 7h50 à 8h00 départ minibus parking école Antoine Lucas (8places)
- de 7h50 à 8h00 départ minibus station portail + co-voiturage Etang-salé (8places)
- de 7h30 à 8h30 école Amaryllis

## Retour

- 16h30 à 17h minibus même endroit du matin
- 16h30 à 17h école Amaryllis

## Avant le 10 août 2023:

- Fiche de liaison
- Certificat médical pour tous les sports y compris de la natation, de l'équitation, activités nautiques et aquatiques, plongée (bouteille, palmes, masque, tubas), escalade
- Certificat du médecin attestant que les vaccins à jour
- Chèque de 50€ pour la Licencie Sport pour tous qui vous donne droit à moins 10% sur tous nos séjour vacances, 15% pour les enfants de l'Entre-Deux
- 1 à 6 Chèques de la formule souhaitez, ou virement en totalité

Renseignement Flora : 0692 65 36 26.

[bouillondaventures@orange.fr](mailto:bouillondaventures@orange.fr) - [www.bouillon-daventures.com](http://www.bouillon-daventures.com)



**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2022-2023**

1 – ENFANT

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE 

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2021. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
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.

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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?

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

Allergies:      ASTHME oui  non       ALIMENTAIRES oui  non       MÉDICAMENTEUSES oui  non

AUTRES \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE

SANS PORC

Indiquez ci-après:

Les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

---

---

---

---

Recommandations utiles des parents:

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

---

---

---

BAIGNADE : SAIT NAGER  SE DEBROUILLE  NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

---

---

#### 4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : ..... portable : ..... travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : ..... portable : ..... travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), ..... 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom: \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date :

Signature:



## RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE/IBAN

### RIB - identifiant national de compte

*National Bank Account Number*

ETABLISSEMENT	GUICHET	N°COMPTE	CLÉ RIB	DOMICILIATION
20041	01021	0271405Y018	27	ST DENIS CENTRE FINANCIER

### IBAN - Identifiant international de compte

*International Bank Account Number*

### BIC - Identifiant international de l'établissement

*Bank Identifier Code*

FR0720041010210271405Y01827	PSSTFRPPSDR
-----------------------------	-------------

### TITULAIRE DU COMPTE

*Account Owner*

---

### BOUILLON D AVENTURES

LA MARE

13 IMPASSE DES PALMIERS

97414

ENTRE DEUX