

## FICHE SANITAIRE

Nom de l'enfant : Prénom : Date de naissance :  
N° Sécurité Sociale : CMU : Non Oui **joindre photocopie**

Vaccins pratiqués : **joindre photocopie carnet de santé**

l'enfant est vacciné COVID : Non Oui **joindre photocopie**

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

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

Varicelle	non	oui	Coqueluche	non	oui
Oreillons	non	oui	Rubéole	non	oui
Rougeole	non	oui	Scarlatine	non	oui
Angines	non	oui			
Otites	non	oui	Asthme	non	oui

Recommandations des parents :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? Si oui lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de **joindre l'ordonnance** aux médicaments.

L'enfant mouille-t-il son lit ? non oui  
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? non oui

RESPONSABLE Nom : Prénom :  
Mail : Portable :

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom : Prénom : Age :  
Responsable : Nom : Prénom :  
Adresse :

Téléphone :

Sur place, les séjours commencent à 16 h et finissent à 14 h.

**Pâques : ( 8 – 17ans)** Tarif : **450 €** 1 semaine

➤ **du samedi 06/04 au vendredi 12/04** ☐

Navette : ☐ + 50 € départ de Carcassonne « Gare Sernam à 15h / retour à 15h  
O + 20 € départ de Quillan « Gare SNCF à 16h30 / retour à 14h  
O + 70 € départ de Narbonne « entrée autoroute Est à 14h / retour à 16h  
O + 70 € départ de Toulouse « parking aérodrome Lasbordes à 13h30  
rocade sortie 17 / retour à 16h30  
O + 40 € départ de Limoux « Gare SNCF à 15h45 / retour à 14h30

**Règlement** : Les séjours sont ouverts à tous, sans distinction d'origine sociale, ethnique, politique, philosophique ou religieuse. Le directeur se réserve le droit de renvoi des participants qui ne respecteraient pas les règles établies et dont la conduite laisserait à désirer.

**Autorisation parentale** : Je soussigné, Mr \_\_\_\_\_, autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues. J'autorise le directeur à faire toute intervention d'urgence selon les prescriptions du corps médical consulté et je m'engage à rembourser à l'association le montant des frais médicaux.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ lu et approuvé signature :

A retourner à

**Réseau de Découverte des Pyrénées Audoises**  
**8 rue du Moulin d'Able**  
**11340 Belvis**