

SEMAINE
FORMULE
TOTAL
ACOMPTE
RESTE A RÉGLER



DOSSIER D'INSCRIPTION VACANCIER à la crèche saisonnière d'Oz-en-Oisans

Nom du ou des enfant(s) : _____ Prénom du ou des enfant(s) : _____

Date(s) de Naissance(s) : _____

RESPONSABILITÉ

Nom / prénom du responsable légal 1 : _____ N° de tél : _____

Nom / prénom du responsable légal 2 : _____ N° de tél : _____

Adresse mail : _____

Adresse des vacances : _____

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (AUTRE QUE LE PARENT)

ATTENTION : Nous ne remettons pas l'enfant à une personne mineure. Pour toute autre personne que le parent, il est impératif de mentionner par écrit le nom et prénom de la personne. Il sera demandé une pièce d'identité.

Nom/Prénom : _____ Lien de parenté : _____ N° de téléphone : _____

Nom/Prénom : _____ Lien de parenté : _____ N° de téléphone : _____

INSCRIPTION AU SKI (HIVER) Enfants de plus de 2 ans uniquement

Nom de l'enfant à inscrire au ski (l'inscription auprès de l'ESF sera prise en charge par nos soins) :

Choix du cours de ski :

Pour les enfants de 3 ans et + : Matin : Après-midi : **Pour les enfants de 2 ans et + :** BABY-SKI (de 12h-13h)

Niveau de ski déjà obtenu : (L'enfant sera automatiquement inscrit au niveau supérieur)

PIOU-PIOU BLANCHOT SIFFLOTE GAROLOU OURSON 1ER ETOILE

SANTE, MALADIES et autres renseignements médicaux

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? : OUI NON

Si oui, lesquels :

ALLERGIES : OUI NON

Réactions :

Conduites à tenir :

MERCI DE JOINDRE IMPÉRATIVEMENT LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION A JOUR

Dans le cas où les parents ou la famille ne sont pas joignables et où s'ils n'ont pas fournis au préalable une autorisation écrite et un protocole de conduite à tenir, voici la liste des médicaments et produits pouvant être administrés à la crèche :

- DOLIPRANE 2,4 % sans sucre suspension buvable (sirop)
- SERUM PHYSIOLOGIQUE dosettes (pour le nez et les yeux)
- TROUSSE PREMIER SOINS (désinfectant, compresses, pansements)
- Soluté de réhydratation type ADIARIL

- Mon enfant ne présente pas d'allergie ou d'intolérance à un des médicaments prévus dans le protocole ci-dessus
 Mon enfant présente une allergie ou une intolérance à un médicament ou produits suivant

AUTORISATIONS

Je soussigné, Madame, Monsieur :

Responsable légal du ou des enfant(s) :

Autorise :

- Le personnel de la structure a appliquer les protocoles d'urgence médicales, les protocoles en cas de fièvre et de douleur et à administrer les médicaments sur présentation d'une ordonnance médicale de moins de 8 jours
- Le transport par le SAMU ou par le corps de Sapeurs-Pompiers vers un Centre Hospitalier en cas d'urgence médicale
- Mon(es) enfant(s), à participer à toutes les activités de la structure y compris les déplacements et les sorties (à pied, en poussette, en luge, en remontées mécaniques) accompagnés de professionnels.
- Mon(es) enfant(s) de plus de 3 ans à se faire maquiller sur le visage et la peau (mains/avants bras)
- La crèche, à photographier ou filmer mon(es) enfant(s) pour un usage interne : diaporamas, panneaux photos, activités pédagogiques

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de l'accueil de votre(os) enfant(s). Le destinataire des données est le personnel du service Petite enfance. Conformément à la loi « informatique et liberté du 6 Janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer.

- Je déclare avoir pris connaissance et avoir reçu un exemplaire du règlement de fonctionnement.
Je m'engage à le respecter ainsi que les horaires fixés lors des réservations du temps d'accueil.**

Fait à Oz-en-Oisans, le :

Signature :