

Mairie



FICHE D'INSCRIPTION

CAMPS ETE 2026

➤ A retourner en Mairie **Avant le samedi 30 mai 2026**

Je soussigné(e) _____ (père, mère, tuteur)

Inscris mon (mes) enfant(s) au camp :

CAMP



NOM & Prénom du (des) enfant(s) à inscrire au camp

<p><u>Du 15 au 18 juillet</u> Enfants de 2020 et 2019 (GS/CP) 3 nuitées « Cité des télécom, planétarium, plage » (16 places).</p>	
<p><u>Du 20 au 24 juillet</u> Enfants de 2018 ET 2017 (CE) 4 nuitées « Cité des télécom, planétarium, accrobranche, plage » (24 places).</p>	
<p><u>Du 27 au 31 juillet</u> Enfants de 2016-15-14 (CM ET PLUS) 4 nuitées « Cité des télécom, planétarium, accrobranche, plage ». (24 places).</p>	

Un supplément de 13 Euros par nuitée et par enfant sera facturé pour ces camps.

**Toute inscription vaut engagement définitif et donc engagement de payer pour la période réservée.
Ne seront pas prioritaires les enfants s'inscrivant uniquement pour les camps.**

Il est demandé aux familles de venir récupérer leur enfant sur le lieu du camp.

Fait à _____, le _____

Signature

CAMP

INFO

**RDV LE MERCREDI 15 CAMP 1 entre 7h30-9h00
RDV LE LUNDI CAMP 2-3 ENTRE 7H30-9H00**

BIEN TENIR COMPTE DE LA FEUILLE 'TROUSSEAU'

**IL EST DEMANDÉ À LA FAMILLE DE VENIR CHERCHER SON ENFANT
SUR LE LIEU DU SEJOUR**

**Camp1 ,LE SAMEDI 18 DE 11H-12H
Camp2 ,LE VENDREDI 24 DE 16H30 à 17H30
Camp3 , LE VENDREDI 31 DE 16H30 à 1 7H30**

CAMPING
MUNICIPAL DE
LANDRELLEC

**En cas d'impossibilité de venir récupérer votre enfant, merci nous prévenir afin
de trouver une solution..**

CAMP

INFO

**RDV LE MERCREDI 15 CAMP 1 entre 7h30-9h00
RDV LE LUNDI CAMP 2-3 ENTRE 7H30-9H00**

BIEN TENIR COMPTE DE LA FEUILLE 'TROUSSEAU'

**IL EST DEMANDÉ À LA FAMILLE DE VENIR CHERCHER SON ENFANT SUR LE
LIEU DU SEJOUR**

**Camp1 ,LE SAMEDI 18 DE 11H-12H
Camp2 ,LE VENDREDI 24 DE 16H30 à 17H30
Camp3 , LE VENDREDI 31 DE 16H30 à 17H30**

CAMPING
MUNICIPAL DE
LANDRELLEC

**En cas d'impossibilité de venir récupérer votre enfant, merci de nous prévenir afin de
trouver une solution..**

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant les séjours de l'enfant. Elle évite de vous démunir du carnet de santé.

CEPENDANT IL NOUS FAUT LES PHOTOCOPIES DE CARNET DE SANTE

*Une fiche par enfant :

Enfant concerné : Nom : _____ Prénom : _____	Date de naissance : -----/-----/----- Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
--	---

*Médecin traitant : Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de téléphone : -----/-----/-----/-----/-----

***Vaccination** : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				BCG			
Ou Tétracoq				ROR			

Joindre obligatoirement un certificat de contre indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

*Renseignements médicaux :

L'enfant suit il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant est il allergique ?

Allergies : ALIMENTAIRES OUI NON ASTHME : OUI NON

MEDICAMENTEUSES : OUI NON Autres animaux, plantes, pollen : OUI NON

En cas d'allergie, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs, et la conduite à tenir :

.....
.....

L'enfant présente-t- il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

.....
.....

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaire, etc ... ?

.....
.....

RESPONSABLE LEGAL DE L ENFANT :

Nom : Prénom : Tel :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :