



BAIE DE SOMME ET COTE D'OPALE

Les 1^{er} et 2 Juin

Ecole de l'Immaculée Conception- SECLIN

DOSSIER FAMILLE

JEUDI 1ER JUIN

Départ 7h00 de l'école

Croisière en Baie de Somme

Visite guidée du parc du Marquenterre

Train de la baie

VENDREDI 2 JUIN

Découverte de l'estuaire de la Slack

Pêche à pied

Balade sur le Cap Blanc Nez

Retour 19h30 à l'école



Association Entre Parenthèses - Organisateur de voyages scolaires



BAIE DE SOMME ET COTE D'OPALE

Les 1^{er} et 2 Juin

Ecole de l'Immaculée Conception- SECLIN

TROUSSEAU

Pour faciliter l'organisation de ce voyage, merci de fournir à votre enfant les vêtements et accessoires contenus dans la liste ci-dessous.

Dans l'idéal, faire avec la valise avec l'enfant. N'oubliez pas de consulter la météo avant le départ et d'adapter la valise à celle-ci.

- 2 Pantalons ou bermudas
- Sous-vêtements pour 2 jours
- 1 pulls
- 2 tee-shirts
- 1 pyjama
- 1 casquette
- 1 Kway
- 2 paires de baskets
- 1 paire de chaussons
- 1 gourde
- 1 Doudou si nécessaire
- 1 trousse de toilette complète (savon, shampoing, brosse à dent, dentifrice, brosse à cheveux)
- 1 serviette de toilette et un gant de toilette
- Crème solaire
- 1 pique-nique et 1goûter pour le jeudi 1^{er} juin
- 1 sac à dos (pas de sac en bandoulière)
- Téléphones, consoles de jeux, : INTERDITS
- Appareils photos : INTERDITS
- Argent de poche maximum : 10€ maximum

Merci de ranger les affaires de votre enfant dans un sac de voyage ou une valise souple adaptés à sa morphologie

Association Entre Parenthèses - Organisateur de voyages scolaires



Fiche de renseignement

Afin que le voyage se déroule pour le mieux, nous avons mis au point cette fiche qui permettra de préparer au mieux le voyage et également de répondre le plus efficacement à d'éventuels problèmes.

Organisateur : Association
Entre Parenthèses
59235 Bersée

Ecole de l'Immaculée Conception
59474 SECLIN



L'enfant

NOM

Prénom

Date de naissance

Taille

Pointure de chaussures *(En cas de voyages au ski ou d'activité il faut se chausser de manière adaptée)*

Remarques Particulières

Veillez noter dans ces cadres les informations qui vous semblent utiles de porter à notre connaissance. Si votre enfant souffre du mal des transports, d'énurésie, de terreur nocturne ou de tout autre comportement, il est préférable de nous le signaler. N'hésitez pas à nous expliquer la façon dont il faut réagir face à certains comportement (ex. somnambulisme). Ces informations ne seront partagées que par l'équipe enseignante participant à l'encadrement du voyage.

Régime alimentaire particulier

Informations sur l'enfant

Les parents

Nom et prénoms des parents : _____

Adresse : _____

N° de Tel : _____

N° de sécurité sociale : _____

Autorisation parentale pour l'usage de photographies dans le cadre d'une activité scolaire

Partie réservée à l'établissement scolaire

Année scolaire 2022- 2023

Ecole de l'Immaculée Conception
Boulevard Joseph Hentgès
59474 SECLIN

Association Entre Parenthèses
59235 Bersée



L'établissement scolaire susnommé vous demande l'autorisation d'utiliser des photographies de votre enfant prises au cours de l'activité scolaire suivante :

Classe de découverte : Séjour sur la Côte d'Opale — JUIN 2023

Dates de l'activité : LES 1^{er} ET 2 JUIN 2023

Lieu : Calais ; Région : Hauts-de-France ; Pays : France

Ces photos seront diffusées sur le site de l'organisateur « *Entre Parenthèses* », rubrique « **nos voyages** »
www.entreprentheses.com

Pour accéder à la page, veuillez entrer le code suivant : Si vous avez perdu le mot de passe veuillez vous rapprocher des enseignantes.

Conformément à la loi, le libre accès aux données qui vous concernent est garanti. Vous pouvez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de ces données si vous le jugez utile.

Les photographies ne seront pas communiquées à d'autres personnes, ni vendues par l'association *Entre Parenthèses*, ni utilisées à d'autres usages par l'association *Entre Parenthèses*.

Partie à remplir par les tuteurs légaux

(1)

Nous, soussignés et

Père - mère - tuteurs légaux de l'élève :

Nom : Prénom : Classe :

(2)

Déclarons autoriser l'établissement scolaire et l'organisateur désignés ci-dessus à utiliser les photographies de notre enfant dans le cadre décrit ci-dessus .

Déclarons refuser que notre enfant soit photographié dans le cadre de cette activité scolaire.

Date : Signatures :

(1)

: indiquer le nom des deux parents ou tuteurs légaux

(2)

: cocher la case



NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :