



KEDEKIDZ

12 Rue des Pontonniers
67000 Strasbourg
Tél : 03.88.38.17.64
Email : contact@kedekidz.fr
www.kedekidz.fr

**Ce n'est pas que
pour les enfants !**

STAGE NOËL 2017

UNE EXPERIENCE UNIQUE !

Durant les vacances Noël 2017, KÉDÉ'KIDZ vous propose des ateliers et des animations dans un cadre privé à vos enfants, afin qu'ils puissent jouir de leur congés, dans un lieu unique et privilégié, que sont les 650 m2 de KÉDÉ'KIDZ, entourés d'animateurs compétents.

- Du mardi 2 janvier 2018 au vendredi 5 janvier 2018
- Possibilité de démarrer à 7h30 et fini à 18h45 en option pour 12€ de plus par semaine

Vos enfants dans un cadre unique, pourront tour à tour, se mobiliser avec des jeux et des jouets, mais aussi s'amuser autour de thématiques comme la réalisation d'une maquette d'architecture, tourner et réaliser un film vidéo, s'initier aux techniques des grands peintres, construire des Lego (selon le gout de vos enfants) avec lesquels ils pourront repartir en fin de semaine, ou encore faire des expériences scientifiques d'électricité, Chimie, où d'autres ateliers ludiques que nous animerons tout au long de leurs vacances.

Inscription semaine : 159 €

Prix spécial 4 jours NOEL 2017 : 129 €

- 1- Option repas midi : 32,50 €
- 2- Option arrivée et départ avant les horaires de stages : 12 € la semaine

Entourer l'option que vous souhaitez et ajouter son montant au prix de la semaine.

Nous restons à votre disposition, pour tout renseignement complémentaire que vous souhaiteriez via contact@kedekidz.fr ou via le 03 88 38 17 64

Pour les personnes ayant déjà inscrit leur enfant à nos stages en 2017, nous faisons une inscription simplifiée :

Juste nous certifier que les informations données sur les stages précédents n'ont pas changé via un courrier à nous remettre avec le paiement.



Un monde pour petits et grands

INFORMATIONS GENERALES

NOM DE FAMILLE :

PRENOM ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE :

ADRESSE :

VILLE :

NUMERO DE TELEPHONE PORTABLE :

EMAIL :

N° SECURITE SOCIALE RATTACHEMENT DE L'ENFANT :

Personne à contacter en cas d'urgence n'hésitez à communiquer plusieurs personnes et numéros de téléphone :

Autorisez-vous KEDEKIDZ Un Monde Qui Joue, à utiliser des photos de votre enfant, prises pendant le stage, dans le cadre de sa communication interne et externe ? : OUI NON

Je soussigné(e) **responsable légal(e) de l'enfant, déclare** exacts les renseignements portés sur la fiche d'informations générales, et l'autorise à me contacter ou à contacter les secours en cas d'urgence. J'autorise l'équipe de KÉDÉ'KIDZ, un monde qui joue, à effectuer les sorties organisées.

MERCI DE RETOURNER LE DOSSIER COMPLET ,

- Fiche Informations générales signée
- Fiche sanitaire signée
- Attestation d'assurance civile scolaire
- Carte d'identité enfant
- Chèque à l'ordre de KÉDÉ'KIDZ Un Monde Qui Joue

12 Rue des Pontonniers
67000 STRASBOURG
Tram Gallia
Tél +33(0)3 88 38 17 64
Email : contact@kedekidz.fr



www.kedekidz.fr

KÉDÉ'KIDZ - SIREN 819 691 569 RCS Strasbourg - N° de TVA Intra FR74 819691569569

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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** 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 pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS À PRENDRE

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES (RÉGIME ALIMENTAIRE...)

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT SAIT-IL NAGER?

oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXÉ (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

NUMÉRO D'ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE : _____

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné,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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES