

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

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

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Expérimenté le 14 mai 2018

DOSSIER D'INSCRIPTION

Je soussigné(e) (Prénom et nom)

Demeurant au : (Bâtiment et rue)

À (Commune)

Téléphone : Mail :

Responsable légal de :

Prénom de l'enfant

Nom de l'enfant

Date de naissance

.....

.....

.....

Autorise mon enfant à participer à :

..... (activité)

..... (dates)

Autorise l'organisateur

- à présenter mon enfant à un médecin et à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (y compris anesthésie),
- à transporter mon enfant dans le cadre des activités.
- **Accepte** que dans le cadre des actions, mon enfant puisse figurer sur les photos ou vidéos et que celles-ci puissent être exploitées par l'organisateur.
- **Accepte** que les données indiquées dans ce document et dans les justificatifs fournis soient collectées et conservées pour l'année civile en cours afin que mon enfant puisse participer aux activités proposées par le service jeunesse de la CCVP.
- **Atteste** avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure (disponible sur demande auprès de nos accueils ou en suivant le lien suivant :



Fait à

le Signature :



NB : l'inscription ne sera valide que si ce dossier est complet, il doit comporter :

- ☐ la fiche d'inscription et les attestations CAF/MSA (bénéficiaires ATL uniquement)
- ☐ la fiche sanitaire de liaison (sauf si déjà fournie dans l'année **et** sous réserve qu'aucun changement ne soit intervenu dans la santé de l'enfant)
- ☐ le règlement (espèces ou chèque à l'ordre du Trésor Public)

Retour du dossier à la communauté de communes de **Blâmont** pendant les horaires d'ouverture. + d'infos : Chrystel LEYGONIE - 07.56.17.51.80 - chrystel.leygonie@ccvp.fr

SÉJOURS

**Tarifs appliqués uniquement
sur présentation des attestations CAF/MSA**

☐ Festival Chalon 16 au 20 juill. <i>Départ depuis CCVP Cîrey</i>	☐ 90€ (QF > 1000€)	☐ 80€ (QF < 1000€)	☐ 30€ Bénéficiaires ATL
☐ Séjour Perché 28 juil. -01/08	☐ 90€ (QF > 1000€)	☐ 80€ (QF < 1000€)	☐ 30€ Bénéficiaires ATL

SEMAINES D'ACTIVITÉS

**Tarifs appliqués uniquement
sur présentation des attestations CAF/MSA**

☐ <i>“Les pieds dans l’eau”</i> du 21 au 25 juillet	☐ transport	☐ 45€ (QF > 1000€)	☐ 40€ (QF < 1000€)	☐ 20€ Bénéficiaires ATL
☐ <i>“Multisports”</i> du 4 au 8 août	☐ transport	☐ 45€ (QF > 1000€)	☐ 40€ (QF < 1000€)	☐ 20€ Bénéficiaires ATL

ACTIVITÉS À LA CARTE

**Tarifs appliqués uniquement
sur présentation des attestations CAF/MSA**

☐ Challenge Game <i>Lundi 7 juillet</i>	☐ transport	☐ 5€ Tarif unique		
☐ Ludothèque <i>Mardi 8 juillet</i>	☐ transport	☐ 5€ Tarif unique		
☐ Atelier cuisine <i>Mercredi 9 Juillet</i>	☐ transport	☐ 5€ Tarif unique		
☐ Festival Interjeunes <i>Jeudi 10 juillet</i>	☐ transport	☐ 5€ Tarif unique		
☐ Sortie piscine <i>Vendredi 11 juillet</i>	☐ transport	☐ 2€ Tarif unique		
☐ Sortie Pokeyland - 11 août <i>Départ depuis CCVP Cîrey</i>		☐ 24€ (QF > 1000€)	☐ 20€ (QF < 1000€)	☐ 16€ Bénéficiaires AT
☐ Sortie Accrobranche <i>Mardi 12 août</i>	☐ transport	☐ 24€ (QF > 1000€)	☐ 20€ (QF < 1000€)	☐ 16€ Bénéficiaires AT
☐ Sortie piscine <i>Mercredi 13 août</i>	☐ transport	☐ 2€ Tarif unique		
☐ Sortie Pôle Sport <i>Nature Jeudi 14 août</i>	☐ transport	☐ 24€ (QF > 1000€)	☐ 20€ (QF < 1000€)	☐ 16€ Bénéficiaires AT

Soit un **TOTAL** de : euros



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



Nº 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐

FILE ☐

DATES ET LIEU DU 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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

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

[illegible]