

DOSSIER D'INSCRIPTION

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 DENTAIRES, 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

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

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

Signature :

le

RETOUR DU DOSSIER D'INSCRIPTION

> À PARTIR DU 30 SEPTEMBRE 2025

accompagné du règlement à la communauté de communes de Blâmont pendant les horaires d'ouverture : lundi et mercredi 8h15-12h15, mardi et vendredi 13h15-17h15 et jeudi 8h15-12h15 et 13h15-17h15

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

- la fiche d'inscription
- 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)

*À NOTER :

Afin de faciliter les démarches liées à l'inscription, le règlement intérieur et la fiche sanitaire de liaison restent valables toute l'année.

En cas de changement dans la santé votre enfant au cours d'année (exemple : survenue d'une allergie...), il appartient à la famille de prévenir le service et de remplir à nouveau la fiche sanitaire. Le service ne saura en aucun cas être tenu responsable en cas de manquement sur ce point.

Pour info : le service accueille les enfants bénéficiaires de l'AEEH

SEMAINES D'ACTIVITÉS

Tarifs appliqués uniquement sur présentation des attestations CAF/MSA

<input type="checkbox"/> "La vie de Château" Du 20 au 24 octobre	<input type="checkbox"/> 45€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 40€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 20€ Bénéficiaires ATL
<input type="checkbox"/> "Fais ta Prog" Du 27 au 31 octobre	<input type="checkbox"/> 45€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 40€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 20€ Bénéficiaires ATL

Soit un TOTAL de :



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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 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 AIGÛ 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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....