

RETOUR DU DOSSIER D'INSCRIPTION



> À PARTIR DU 27 JANVIER 2026

Retour du dossier accompagné du règlement à la communauté de communes de **BLÂMONT** (uniquement)

Horaires d'ouverture : lundi et mercredi 8h15-12h15, mardi et vendredi 13h15-17h15 et jeudi 8h15-12h15 et 13h15-17h15

L'inscription ne sera valide que si ce dossier est complet. Il doit comporter :

- la fiche d'inscription
- la fiche sanitaire de liaison + une photocopie du carnet de vaccination (obligatoire)
- Le règlement (espèces ou chèque à l'ordre du Trésor Public)

À noter :

la fiche sanitaire de liaison reste valable toute l'année sauf en cas de changement dans la santé de votre enfant.

Le service accueille les enfants bénéficiaires de l'AEEH

SEMAINE D'ACTIVITÉS

Tarifs appliqués uniquement sur présentation des attestations CAF/MSA

Au  de l'Hiver
du 16 au 20 février

transport

45€
(QF > 1000€)

40€
(QF < 1000€)

20€
Bénéficiaires ATL

SEMAINE D'ACTIVITÉS

Tarifs appliqués uniquement sur présentation des attestations CAF/MSA

Sport & Brico
du 23 au 27 février

transport

45€
(QF > 1000€)

40€
(QF < 1000€)

20€
Bénéficiaires ATL

Soit un **TOTAL** de :



> POUR + D'INFORMATIONS :

Chrystèle LEYGONIE - Animatrice Jeunesse
07.56.17.51.80 - chrystel.leygonie@ccvp.fr



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

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
Diphthérite				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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

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

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

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