

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 14/04/2018

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

Signature :

le

RETOUR DU DOSSIER D'INSCRIPTION



> À PARTIR DU 26 MARS 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'AAEH

SEMAINE À LA CARTE

Tarifs appliqués uniquement sur présentation des attestations CAF/MSA

☐ Sortie Tir à l'Arc Lundi 13 avril	☐ 18€ (QF > 1000€)	☐ 15€ (QF < 1000€)	☐ 11€ Bénéficiaires ATL
☐ Sortie Fraispertuis Mardi 14 avril - RDV à CIREY	☐ 24€ (QF > 1000€)	☐ 20€ (QF < 1000€)	☐ 16€ Bénéficiaires ATL
☐ Sortie accrobranche Mercredi 15 avril	☐ 24€ (QF > 1000€)	☐ 20€ (QF < 1000€)	☐ 16€ Bénéficiaires ATL
☐ Sortie Escape-Game Jeudi 16 avril	☐ 24€ (QF > 1000€)	☐ 20€ (QF < 1000€)	☐ 16€ Bénéficiaires ATL
☐ Sortie piscine Vendredi 17 avril	☐ 2€		

SEMAINE D'ACTIVITÉS

Tarifs appliqués uniquement sur présentation des attestations CAF/MSA

☐ Top Chef du 20 au 24 avril	☐ transport	☐ 45€ (QF > 1000€)	☐ 40€ (QF < 1000€)	☐ 20€ Bénéficiaires ATL
--	------------------------------------	--	--	---



>> **POUR + D'INFORMATIONS :**
Chrystel LEYGONIE - Animatrice Jeunesse
07.56.17.51.80 - chrystel.leygonie@ccvp.fr

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	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 ☐

AUTRES.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....