

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

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

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



SÉJOURS

Tarifs appliqués uniquement sur présentation des attestations CAF/MSA

<input type="checkbox"/> <i>Séjour Bourgogne / 20-24 juil.</i> Départ depuis CCVP Cirey	<input type="checkbox"/> 90€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 80€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 30€ Bénéficiaires ATL
<input type="checkbox"/> <i>Séjour Futuroscope / 10-14 août</i> Départ depuis CCVP Cirey	<input type="checkbox"/> 240€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 220€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 170€ Bénéficiaires ATL

SEMAINES D'ACTIVITÉS

Tarifs appliqués uniquement sur présentation des attestations CAF/MSA

<input type="checkbox"/> <i>Sports & Loisirs du 15 au 17 juillet</i>	<input type="checkbox"/> transport	<input type="checkbox"/> 27€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 24€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 12€ Bénéficiaires ATL
<input type="checkbox"/> <i>Un jour, une forêt du 27 au 31 juillet</i>	<input type="checkbox"/> transport	<input type="checkbox"/> 45€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 40€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 20€ Bénéficiaires ATL
<input type="checkbox"/> <i>Les pieds dans l'eau du 3 au 7 août</i>	<input type="checkbox"/> transport	<input type="checkbox"/> 45€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 40€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 20€ Bénéficiaires ATL

ACTIVITÉS À LA CARTE

Tarifs appliqués uniquement sur présentation des attestations CAF/MSA

<input type="checkbox"/> <i>Sports co - 6 Juillet</i>	<input type="checkbox"/> transport	<input type="checkbox"/> 2€		
<input type="checkbox"/> <i>Sortie piscine - 7 juillet</i>	<input type="checkbox"/> transport	<input type="checkbox"/> 2€		
<input type="checkbox"/> <i>Atelier numérique - 8 juillet</i>	<input type="checkbox"/> transport	<input type="checkbox"/> 2€		
<input type="checkbox"/> <i>Soirée Bowling - 9 juillet</i>	<input type="checkbox"/> transport	<input type="checkbox"/> 10€		
<input type="checkbox"/> <i>Sortie à la ferme - 10 juillet</i>	<input type="checkbox"/> transport	<input type="checkbox"/> 2€		
<input type="checkbox"/> <i>Wallygator 17 août (journée)</i>	RDV à CIREY	<input type="checkbox"/> 24€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 20€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 16€ Bénéficiaires ATL
<input type="checkbox"/> <i>Piscine 18 août (après-midi)</i>	<input type="checkbox"/> Transport		<input type="checkbox"/> 2€	
<input type="checkbox"/> <i>Parc de Sainte-Croix 19 août (journée)</i>	<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> 24€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 20€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 16€ Bénéficiaires ATL
<input type="checkbox"/> <i>Pôle Sport Nature 20 août (après-midi)</i>	<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> 24€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 20€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 16€ Bénéficiaires ATL
<input type="checkbox"/> <i>Escalade 21 août (après-midi)</i>	<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> 18€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 15€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 11€ 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 Tétra-coq					
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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....