

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 14/04/2016

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

Inscriptions

Retour des dossiers et règlement
> Communauté de Communes
à **Blâmont uniquement**

(ouvert les lundis et mercredis 8h15-12h15,
mardi et vendredi 13h15-17h15
et jeudi 8h15-12h15 et 13h15-17h15)

Horaires des Activités jeunesse CCVP

Accueil loisirs : 9h30 à 16h30

Les horaires de transport seront communiqués par mail quelques jours avant les semaines d'activités.

L'inscription ne sera valide que si le dossier est complet, il doit comporter :

- la fiche d'inscription
- la fiche sanitaire de liaison* et la photocopie du vaccin DTP
- le règlement (espèces ou chèque à l'ordre du Trésor Public)

* 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 de l'enfant au cours d'année (exemple : survenue d'une allergie...), il appartient à la famille de prévenir le service.

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

SEMAINES D'ACTIVITÉS

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

☐ <i>Manges, bouges, régales toi</i> du 19 au 23 octobre	☐ transport	☐ 45€ (QF > 1000€)	☐ 40€ (QF < 1000€)	☐ 20€ Bénéficiaires ATL
☐ <i>Fais ta prog'</i> du 26 au 30 octobre	☐ transport	☐ 45€ (QF > 1000€)	☐ 40€ (QF < 1000€)	☐ 20€ Bénéficiaires ATL



>> Pour + d'informations :

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

Soit un **TOTAL** de :

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).

La loi impose que l'enfant soit à jour des vaccinations obligatoires pour intégrer l'accueil.

Joindre obligatoirement une copie des pages « vaccinations » du carnet de santé

Date du dernier rappel antitétanique : ____ / ____ / ____

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 AIGÜ	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 ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

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

[illegible]