

DOSSIER D'INSCRIPTION

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

- la fiche d'inscription
- le règlement (espèces ou chèque)

NB : Les demandes reçues par mail ou téléphone ne seront pas traitées.

Décharge,

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.

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.

Fait à
le

Signature



Merci d'indiquer votre numéro d'allocataire :
Pour bénéficier des tarifs "Aide au temps libre", veuillez joindre votre attestation transmise par la CAF de votre département.



SEMAINES D'ACTIVITES

du 13 au 17 juillet Transport Tarif plein - 40€ Tarif CAF - 21€

du 20 au 24 juillet Transport Tarif plein - 40€ Tarif CAF - 21€

du 27 au 31 juillet Transport Tarif plein - 40€ Tarif CAF - 21€

du 3 au 7 août Transport Tarif plein - 40€ Tarif CAF - 21€

du 10 au 14 août Transport Tarif plein - 40€ Tarif CAF - 21€

du 17 au 21 août Transport Tarif plein - 40€ Tarif CAF - 21€

Soit un **TOTAL** de : euros

Paiement en numéraire ou en chèque à l'ordre du Trésor Public

CHANTIER LOISIRS

5€ /SESSION*

*2 jours de chantier + 1 jour d'activités de loisirs

Lundi 6 Mercredi 8 Loisirs
Mardi 7 juillet Jeudi 9 juillet Vend. 10 juillet Transport

/ Mercredi 15 Loisirs
 Jeudi 16 juillet Vend. 17 juillet Transport

Lundi 20 Mercredi 22 Loisirs
Mardi 21 juillet Jeudi 23 juillet Vend. 24 juillet Transport

Lundi 27 Mercredi 29 Loisirs
Mardi 28 juillet Jeudi 30 juillet Vend. 31 juillet Transport

Soit un **TOTAL** de : euros

Paiement en numéraire ou en chèque à l'ordre de la FD MJC 54



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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....