

>> **RETOUR DU DOSSIER D'INSCRIPTION
A PARTIR DU 26 JANVIER**

accompagné du règlement à la communauté de communes de Blâmont pendant les horaires d'ouverture (lundi et mercredi 8h15-12h15, mardi et vendredi 13h15-17h15 et jeudi 8h15-12h15 et 13h15-17h15).

INFO TARIFS :

Pour bénéficier du tarif "Aide au Temps Libre" il est impératif de présenter l'attestation fournie par la CAF. En l'absence de ce document lors de l'inscription, le tarif réduit ne pourra pas être appliqué.

SEMAINES D'ACTIVITÉS

<input type="checkbox"/> du 13 au 17 février	<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> 45€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 40€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 21€ Bénéficiaires ATL
<input type="checkbox"/> du 20 au 24 février	<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> 45€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 40€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 21€ Bénéficiaires ATL

Soit un **TOTAL** de :

>> **POUR + D'INFORMATIONS :**

Chrystél LEYGONIE - animatrice jeunesse
07.56.17.51.80 - chrystel.leygonie@ccvp.fr



1 - ENFANT

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

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
Diphthérie						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
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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)

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