

DOSSIER D'INSCRIPTION

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

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

le Signature :



- NB :** l'inscription ne sera valide que si ce dossier est **complet**, il doit comporter :
- la fiche d'inscription et les attestations CAF/MSA (bénéficiaires ATL uniquement)
 - la fiche sanitaire de liaison (sauf si déjà fournie dans l'année **et** sous réserve qu'aucun changement ne soit intervenu dans la santé de l'enfant)
 - le règlement (espèces ou chèque à l'ordre du Trésor Public)

Retour du dossier à la communauté de communes de **Blâmont** pendant les horaires d'ouverture. + d'infos : Chrystèle LEYGONIE - 07.56.17.51.80 - chrystel.leygonie@ccvp.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION

SÉJOURS

Tarifs appliqués uniquement sur présentation des attestations CAF/MSA

<input type="checkbox"/> Festival Chalon 9 au 13 juillet <i>Départ depuis CCVP Cirey</i>	<input type="checkbox"/> 90€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 80€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 30€ Bénéficiaires ATL
<input type="checkbox"/> Itinérance VTT 5 au 9 août <i>Départ depuis Celles-sur-Plaine</i>	<input type="checkbox"/> 90€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 80€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 30€ Bénéficiaires ATL

SEMAINES D'ACTIVITÉS

Tarifs appliqués uniquement sur présentation des attestations CAF/MSA

<input type="checkbox"/> "DéTours en folie" du 15 au 19 juillet	<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"/> "Silence, on tourne" du 22 au 26 juillet	<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"/> "Les pieds dans l'eau" du 29 juillet au 2 août	<input type="checkbox"/> transport	<input type="checkbox"/> 45€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 40€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 20€ Bénéficiaires ATL

ÉTÉ À LA CARTE

Tarifs appliqués uniquement sur présentation des attestations CAF/MSA

<input type="checkbox"/> Sortie FRAISPERTUIS <i>Lundi 12 août</i>	<input type="checkbox"/> 24€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 20€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 16€ Bénéficiaires ATL
<input type="checkbox"/> Sortie ROLLER <i>Mardi 13 août</i>	<input type="checkbox"/> 18€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 15€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 11€ Bénéficiaires ATL
<input type="checkbox"/> Sortie Aventure Parc <i>Mercredi 14 août</i>	<input type="checkbox"/> 24€ (QF > 1000€)	<input type="checkbox"/> 20€ (QF < 1000€)	<input type="checkbox"/> 16€ Bénéficiaires ATL
<input type="checkbox"/> Sortie Piscine <i>Vendredi 16 août</i>	<input type="checkbox"/> 2€ Tarif unique		

Soit un TOTAL de : euros

CHANTIERS LOISIRS

<input type="checkbox"/> Blâmont 16-17 + 23-24 juillet + sortie	<input type="checkbox"/> transport
<input type="checkbox"/> Val-et-Châtillon du 22 au 26 avril	<input type="checkbox"/> transport



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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....