

SÉJOUR JUILLET 2022 SAINT RAPHAËL

DOSSIER D'INSCRIPTION AU SÉJOUR JUILLET 2022

SAINT RAPHAËL

TRANCHE D'ÂGE : 13 à 17 ans (2005 à 2009)

Tout dossier incomplet ne sera pas accepté

Nom : Prénom :

né(e) le : à Sexe :

Est-il malade en transport ? OUI NON

INFORMATIONS FAMILLE

Responsable légal

Nom - prénom :

N° /Rue/voie :

Code Postal : □□□□□ Ville :

Tél. domicile : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Mobile : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

E-mail :@.....

N° S. Sociale □□□□□□□□□□□□□□□□

Situation d'urgence :

Qui prévenir en priorité ?

Nom - prénom :

Tél. domicile : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Conjoint

Nom - prénom :

N° /Rue/voie* :

Code Postal* : □□□□□ Ville* :

Tél. domicile* : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Mobile : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

E-mail :@.....

N° S. Sociale □□□□□□□□□□□□□□□□

Situation d'urgence :

Qui prévenir en priorité ?

Nom - prénom* :

Tél. domicile* : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

**à remplir si différent du responsable légal de l'enfant*

INSCRIPTION

Dates de séjour

du 22/07/2022 au 31/07/2022

Quotient CAF de 0€ à 499 € de 500 € à 900 € de 901 € à 3 000 €
 plus de 3 000 € ou sans justificatifs CCAS

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Mme, M. responsable légal de l'enfant

1) Autorisation dans le cadre du fonctionnement de l'accueil

J'autorise mon enfant à participer au séjour de vacances sous les conditions fixées par l'organisateur.

2) Autorisation dans le cadre des activités

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités (sportives et nautiques comprises) et sorties organisées par l'accueil.

J'autorise mon enfant à utiliser le transport collectif (mini-bus, véhicule 5 places, bateau, train,...).

Les enfants disposeront d'un numéro de téléphone et seront en contact permanent avec les animateurs. Les animateurs s'assureront du bon fonctionnement du quartier libre (envoi de sms régulier).

3) Autorisation du droit à l'image (Barrez le paragraphe en cas de désaccord)

Je, soussigné M. ou Mme tuteur légal autorise **la maison des jeunes (Ville de Prouvy)** à photographier mon enfant :

NOM : Prénom :

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, j'autorise à photographier ou prendre en vidéo et les publier sur la page facebook de la structure, sur les supports de communication de la ville de Prouvy et/ou organismes de communication (presse,...).

JE RENONCE AU DROIT À L'IMAGE ET AU DROIT DE REPRODUCTION.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photos et vidéos susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et/ou d'utiliser les séquences filmées, objets de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

4) Autorisation en cas de maladie :

J'autorise le directeur de l'accueil à prendre en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin, y compris éventuellement une hospitalisation.

Fait à Le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE 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.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 4 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, 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 ?

Form with columns for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RÔUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME, ALIMENTAIRES, MÉDICAMENTEUSES, AUTRES. oui non

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 PARCOURANT 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____ ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

