

# SÉJOUR JUILLET 2019 LLAFRANC ESPAGNE

## DOSSIER D'INSCRIPTION AU SÉJOUR JUILLET 2019

### LLAFRANC ESPAGNE

TRANCHE D'AGE : 13 à 17 ans (2002 à 2006)

*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 18/07/2019 au 29/07/2019

Quotient :  de 0€ à 302€     de 303€ à 465€     plus de 465€  
 CCAS

\* **Quotient familial** : ressources mensuelles du foyer, diminuées du loyer, divisées par le nombre de personnes au foyer. Ces justificatifs sont à fournir le jour de l'inscription.

# 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,...).

## 3) Autorisation pour Aqualand

Je l'autorise à être autonome pendant la sortie à Aqualand ou sortie similaire : oui - non

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).

## 4) 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.

## 5) 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 »



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

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).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polio myélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCC					

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 AIGU	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
ALLERGIES :	ASTHME	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	AUTRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

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 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

