

SÉJOUR JUILLET 2018 SAINT RAPHAËL

DOSSIER D'INSCRIPTION AU SÉJOUR JUILLET 2018 SAINT RAPHAËL

TRANCHE D'AGE : 13 à 17 ans (2001 à 2005)

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 13/07/2018 au 26/07/2018

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	
Polomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou 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

