

# DOSSIER D'INSCRIPTION 2018



COMMUNAUTÉ  
DE COMMUNES  
DU VAL DE SULLY

## ANIMATION JEUNESSE ITINERANTE 11/15 ans

|                | ENFANT 1 | ENFANT 2 | ENFANT 3 |
|----------------|----------|----------|----------|
| NOM            |          |          |          |
| PRENOM         |          |          |          |
| Date Naissance |          |          |          |

|                | RESPONSABLE 1 (facturé) | RESPONSABLE 2 |
|----------------|-------------------------|---------------|
| NOM            |                         |               |
| PRENOM         |                         |               |
| ADRESSE        |                         |               |
| CODE POSTAL    |                         |               |
| VILLE          |                         |               |
| TELEPHONE      |                         |               |
| TELEPHONE PRO  |                         |               |
| PORTABLE       |                         |               |
| MAIL           |                         |               |
| QF CAF si <800 |                         |               |

### PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

|             | 1 | 2 |
|-------------|---|---|
| NOM         |   |   |
| PRENOM      |   |   |
| ADRESSE     |   |   |
| CODE POSTAL |   |   |
| VILLE       |   |   |
| TELEPHONE   |   |   |
| PORTABLE    |   |   |

# AUTORISATIONS

# 2018

|   | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| <b>MEDICAL</b>  |     |     |
| <i>J'autorise les responsables à prendre toute mesure (traitement médical, appel des services d'urgence, transport, hospitalisation et intervention médicale) en cas de besoin.</i>                                     |     |     |
| <b>MAIL</b>   |     |     |
| <i>J'autorise la Communauté de communes du Val de Sully à me contacter et à m'envoyer par mail des informations sur ses services.</i>   |     |     |
| <b>DROIT A L'IMAGE</b>  |     |     |
| <i>J'autorise gracieusement l'utilisation et la publication des images photos et vidéos de mon (mes) enfant(s) sur les supports de communication écrits et numériques de la Communauté de communes du Val de Sully.</i> |     |     |
| <b>DECHARGE</b>   |     |     |
| <i>J'autorise mon fils, ma fille a rentré seul(e) à l'issue de l'animation.</i>   |     |     |
| <b>TRANSPORT</b>  |     |     |
| <i>J'autorise la Communauté de communes du Val de Sully à véhiculé mon fils, ma fille par tous les moyens qu'elle jugera utile.</i>   |     |     |

Je soussigné(e) Monsieur, Madame,

.....

responsable de l'enfant :

.....

**Déclare exacts les renseignements complétés sur ce dossier d'inscription et avoir pris connaissance, complété et signé la fiche sanitaire de liaison ainsi que le règlement intérieur.**

Je m'engage à notifier par écrit tout changement au service Enfance/Jeunesse.

**Fait à :**

**Signature obligatoire :**

**Le :**



|   |   |
|---|---|
| <h1>FICHE SANITAIRE DE<br/>LIAISON<br/><br/>2018</h1> | <p><b>1 - ENFANT</b><br/>                 NOM : .....</p> <p>PRÉNOM : .....</p> <p>DATE DE NAISSANCE : .....</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/>                  FILLE <input type="checkbox"/></p> |
|---|---|

**1 - DATES ET LIEU DU SÉJOUR : ESPACE JEUNESSE 11/15 ans**

*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 DE L'ACCUEIL.*

**2 - VACCINATIONS (JOINDRE LES COPIES DU CARNET DE SANTE).**

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diptérie             |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> 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 non ouvertes, dans leur emballage d'origine et 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<br>ARTICULAIRE AIGÛ                            | 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    NON                  MÉDICAMENTS  OUI    NON  
                          ALIMENTAIRE  OUI    NON                  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 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 .....

ADRESSE (PENDANT L'ACCUEIL) :

.....  
.....

PORTABLE : ..... DOMICILE : ..... TRAVAIL : .....

**MÉDECIN TRAITANT : NOM** .....

**ADRESSE**..... **TEL :** .....

*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, appel des services d'urgence, hospitalisation, intervention médicale et chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DE L'ACCUEIL DE LOISIRS :**

**Communauté de Communes du Val de Sully - Service Enfance Jeunesse**

28 route des Bordes 45460 Bonnée

**02 38 35 05 58**

**OBSERVATIONS :**

.....