

DOSSIER D'INSCRIPTION 2018-2019



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

2018-2019

	OUI	NON
MEDICAL		
<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>		
MAIL		
<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>		
DROIT A L'IMAGE		
<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>		
DECHARGE		
<i>J'autorise mon fils, ma fille a rentré seul(e) à l'issue de l'animation.</i>		
TRANSPORT		
<i>J'autorise la Communauté de communes du Val de Sully a 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 LIAISON 2018/2019</h1>	<p>1 - ENFANT 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 SANTÉ).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				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 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 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 :

.....