

DOSSIER D'INSCRIPTION 2022



COMMUNAUTÉ
DE COMMUNES
DU VAL DE SULLY

ANIMATION 6-11 ans

	ENFANT
NOM	
PRENOM	
Date de Naissance	

	RESPONSABLE 1 (facturé)	RESPONSABLE 2
NOM		
PRENOM		
ADRESSE CODE POSTAL VILLE		
N° ☎		
N° ☎ portable		
MAIL		
N° ☎ professionnel		

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT		
	1	2
NOM		
PRENOM		
ADRESSE CODE POSTAL VILLE		
N° ☎		
N° ☎ portable		

AUTORISATIONS

2022

	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 à rentrer seul(e) à l'issue de l'animation.</i>		
TRANSPORT		
<i>J'autorise la Communauté de communes du Val de Sully à véhiculer 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 Animation 6-11 ans.

Fait à _____ , le

Signature obligatoire :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE
NAISSANCE :

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Poids : kg Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen...) oui non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé oui non

Si oui, précisez
.....
.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant...

.....
.....
.....

4. RESPONSABLES DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1

NOM et Prénom :

Adresse :

.....

 domicile :	 portable :
--	--

RESPONSABLE 2

NOM et Prénom :

Adresse :

.....

 domicile :	 portable :
--	--

NOM et  du MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et j'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de de santé du mineur (traitement médical, appel des services d'urgence, hospitalisation, intervention médicale et chirurgicale).

Fait à, le..... Signature

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DE L'ACCUEIL JEUNES

Communauté de communes du Val de Sully - Service Animation 6-11 ans

28 route des Bordes 45460 Bonnée

 02 38 35 05 58