



SERVICE ENFANCE JEUNESSE CCLPA
Communauté de Communes du Laurécois - Pays d'Agoût

Maison du Pays - 81220 SERVIÉS

☎ : 05 63 70 52 67

✉ : anim.jeunesse@cclpa.fr

✉ : enfance-jeunesse@cclpa.fr

FICHE D'INSCRIPTION

SEJOUR :

LE JEUNE

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ Sexe : M - F

TUTEUR LEGAL : PERE MERE TUTEUR

LE PERE

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse postale : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse e-mail : _____ Tél. domicile : _____

Tél. portable : _____ Tél. professionnel : _____

Profession : _____ Nom de l'employeur : _____

LA MERE

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse postale : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse e-mail : _____ Tél. domicile : _____

Tél. portable : _____ Tél. professionnel : _____

Profession : _____ Nom de l'employeur : _____

Situation familiale*

marié pacsé vie maritale divorcé séparé célibataire veuf

Couverture sociale du jeune* : père mère tuteur

Facturation à adresser à* : parents père mère tuteur

Régime des Prestations Familiales : CAF MSA

Q.F : _____ **N° allocataire** : _____

Scolarité

Classe : _____ **Etablissement scolaire** : _____

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER LE JEUNE

NOM	PRENOM	TELEPHONE	LIEN PARENTE

AUTORISATIONS

1) Je soussigné(e) (nom, prénom) : _____

Responsable légal du jeune (nom, prénom) : _____

• **Autorise mon enfant à participer au séjour de la CCLPA**

Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à en respecter les termes

<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	Le personnel à photographier ou filmer _____ dans la mesure où les films et images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie du fonctionnement jeunesse.
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant _____ (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie).
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	Le personnel à transporter ou faire transporter _____ dans les véhicules de la CCLPA ou des prestataires dans le cadre des activités.
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	Mon enfant _____ à participer aux activités aquatiques car il sait nager (traverser une piscine de 25m sans aide particulière)

Fait à : _____ Le : _____/_____/_____

Signature du responsable légal



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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 DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 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 MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
