

# FICHE D'INSCRIPTION ET SANITAIRE DE LIAISON

Pour les jeunes de 11 à 15 ans  
Année de naissance de 2007 à 2011

SORTIE au 1055 à LONS le Lundi 25 avril 2022  
**Sous réserve des directives gouvernementales liées à la covid-19)**

Départ à 8H30 parking du collège Chaussin  
Retour à 17H00 parking du collège Chaussin

## Enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Garçon  Fille

Adresse : .....

Tel : ...../...../...../...../..... Port. : ...../...../...../...../.....

## Responsable de l'enfant :

Monsieur et/ou Madame.....

Parents et détenteurs de l'autorité parentale de l'enfant.....

Téléphone

Domicile : ..... Portable : ..... Bureau : .....

Si adresse différente de l'enfant :

Domicilié(s) au .....

Adresse mail : .....

Tarifs 20€ pour les résidents de la plaine jurassienne 40€ pour les extérieurs

**Nous vous rappelons que dès la descente du bus les enfants ne sont plus sous la charge de la communauté de communes de la plaine jurassienne**

**Ce tarif comprend : le transport, les activités et le repas du midi**

L'inscription ne sera prise en compte qu'à réception du dossier complet à la Plaine Jurassienne :

- Chèque (ordre Trésor Public)
- Fiche d'inscription et sanitaire complétée
- Attestation d'assurance extrascolaire

**RETRAIT DES DOSSIERS à partir du 7 MARS et inscription à partir du 14 MARS 2022**

Places limitées à 50 personnes

Aucune réservation et inscription par téléphone.

En cas d'annulation de votre fait, aucun remboursement ne sera effectué.

**Pas de dépôt de dossier dans la boîte aux lettres**

## AUTORISATION PHOTOS

Donnons expressément notre autorisation à la Plaine Jurassienne de diffuser les photos ou vidéos de notre enfant prises lors des activités organisées.

Nous acceptons que l'image et le prénom de notre enfant puissent être captés, fixés et enregistrés pour être utilisés en tout ou en partie, ensemble ou séparément.

**Signature des parents**

(ou du titulaire de l'autorité parentale)

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom, Prénom de l'enfant : .....

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

**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
Diphérie				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 VACON ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 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"/>
COQUELUCHÉ	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.

.....  
.....

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....

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, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant).

Date :

Signature