

FICHE D'INSCRIPTION ET SANITAIRE DE LIAISON

Pour les jeunes de 11 à 15 ans

Année de naissance de 2008 à 2012

Initiation au QUAD ET MOTO

Lundi 17 avril 2023 à DOLE avec Sylvain Ramel

Repas tiré du sac

DEPART 8H30 PARKING DE LA PLAINE JURASSIENNE

RETOUR 17H00 PARKING PLAINE JURASSIENNE

Retrait des dossiers le 13/02/23 ET INSCRIPTION LE 20/02/23

Enfant :

Nom : Prénom :

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

Adresse :

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

Stature en cm -----exemple 1m10

AGE-----

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 € pour les résidents de la plaine jurassienne € 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

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 lundi 30 janvier et inscription à partir du 6 février 2023

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polio				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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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