

## FICHE D'INSCRIPTION ET SANITAIRE DE LIAISON

Pour les jeunes de 11 à 15 ans

Années de naissance de 2009 à 2013

RETRAIT DES DOSSIERS à partir du 08 AVRIL et inscription à partir du 29 AVRIL 2024  
SORTIE NIGLOLAND

LE LUNDI 8 juillet 2024

Départ à 7H00 parking du collège Chaussin

Retour à 19h00 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 : .....

AUTORISATION PHOTOS : OUI  NON

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)

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

Ce tarif comprend : le transport, les activités et le repas du midi constitué de la formule sandwich, eau, chips et dessert.

Au choix : sandwich : Poulet  Jambon comté  rosette  jambon cru Comté

Dessert : Eclair vanille  tartelette framboise

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

Nous vous rappelons que dès la descente du bus le soir à Chaussin, les enfants ne sont plus sous la responsabilité de la communauté de communes de la plaine jurassienne.

Places limitées à 100 personnes

**Aucune réservation et inscription par téléphone.**

**En cas d'annulation de votre fait hors certificat médical à l'appui, aucun remboursement ne sera effectué.**

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

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

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

| VACCINS OBLIGATOIRES |     |     | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
|                      | oui | non |                            |                            |       |
| Diphtérie            |     |     |                            | 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

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

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