

# ○ FICHE D'INSCRIPTION ET SANITAIRE DE LIAISON

Pour les jeunes de 11 à 15 ans  
Année de naissance de 2009 à 2013



Séjours Bellecin

Semaine Du lundi 22 au 26 juillet 2024

Semaine du lundi 29 juillet au 2 août 2024

Semaine du lundi 5 au 9 août 2024

Départ le lundi à 8h30 retour le vendredi à 17h30 parking place du collège Chaussin

Enfant :

Nom : .....Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Garçon  Fille  Taille de tee shirt : .....

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 : .....

Adresse mail : .....

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

## Tarifs 165 € pour les résidents de la plaine jurassienne

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

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

**RETRAIT DES DOSSIERS à partir du 8 AVRIL et inscription à partir du 29 AVRIL 2024 9h00**

**Le dépôt de dossiers multiples n'est possible que lorsqu'il s'agit d'une seule et même fratrie.**

**Places limitées à 10 ados par semaine**

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**

**Objets de valeur :**

Les objets ne seront en aucun cas sous notre responsabilité et ne pourront être remboursés.

## **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 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	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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	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.

.....

## 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