



SERVICE ANIMATION JEUNESSE
Inscription au Séjour Montagne 2022
À Font-Romeu du 20 au 25 Février

Photo d'identité
récente

IDENTIFICATION DU JEUNE

NOM : Prénom :
Date et lieu de naissance :
N° de sécurité sociale :
Régime : Général
 Autres *Préciser* :
N° allocataire CAF :

DROIT A L'IMAGE

J'autorise le Service Animation Jeunesse à exploiter les images prises au cours des activités réalisées sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tous les supports de communication: films, photos, site internet, articles de presse, reportages

Oui
 Non

RESPONSABLE DU JEUNE

NOM : Prénom :
Adresse :
.....
Tel du Père : Tel employeur :
Tel de la Mère : Tel employeur :
E-mail :

**CLAUSE DE MODIFICATION DU PROGRAMME
PREVISIONNEL**

Je soussigné(e), atteste avoir pris connaissance qu'en cas de force majeure (événement extérieur, maladie de l'enfant) ou de tout autre élément susceptible de nuire à mon enfant ou au groupe, le séjour peut être interrompu avant l'échéance de celui-ci, ou le programme du séjour modifié.

Fait à Labenne, le

Signature(s)

ASSURANCE / RESPONSABILITE CIVILE

Compagnie d'assurance :
N° de contrat :

**Attention, ce dossier est à retourner avant le 21 Janvier 2022 à
l'Espace Jeunes ou en Mairie**

PIECES A FOURNIR :

- Attestation de responsabilité civile et individuelle accident
- Attestation de carte vitale et de mutuelle
- Justificatif de Quotient Familial CAF ou MSA (Octobre 2021) ou carte d'identité vacances CAF ou avis d'imposition 2020 sur les revenus 2019
- Fiche sanitaire complétée et signée
- Certificat médical de non contre indication à la pratique du snowboard ou ski, à fournir quelques jours avant le séjour.



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PR NOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE S JOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, DT Polio, Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, 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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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.

Horizontal lines for recording health difficulties.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

Horizontal lines for parental recommendations.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE S JOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

Horizontal lines for address.

TÉLÉPHONE FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Le 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature :

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

Horizontal lines for signature and contact information.