



SERVICE ANIMATION JEUNESSE
Inscription au Séjour Montagne 2023
À LUCHON du 13 au 16 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 :

RESPONSABLE DU JEUNE

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

ASSURANCE / RESPONSABILITE CIVILE

Compagnie d'assurance :
N° de contrat :

**Attention, ce dossier est à retourner avant le 15 Janvier 2023 à
l'Espace Jeunes ou en Mairie**

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

**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)

PIECES A FOURNIR :

- Attestation de responsabilité civile et individuelle accident
- Attestation de carte vitale et de mutuelle
- Justificatif de Quotient Familial CAF (Octobre 2022) ou carte d'identité vacances CAF ou avis d'imposition 2022 sur les revenus 2021
- 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 r f rer au carnet de sant ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMAND S, DATES. Rows include Dipht rie, T tanos, Poliomyelite, Ou DT Polio, Ou T tracoq, BCG.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT M DICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-T ANIQUE NE PR SENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS M DICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement m dical pendant le s jour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance r cente et les m dicaments correspondants (bo tes de m dicaments dans leur emballage d'origine marqu es au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun m dicament ne pourra tre 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 M DICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PR CISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE TENIR (si autom dication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APR S :

LES DIFFICULT S DE SANT (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OP RATION, R DUCATION) EN PAR CISANT LES DATES ET LES PR CAUTIONS PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTH SES AUDITIVES, DES PROTH SES DENTAIRES, ETC... PR CISEZ.

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

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

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

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant le s jour) : _____

T L. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° S CURIT SOCIALE : _____

NOM ET T L. DU M DECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

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

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

Je soussign ,responsable l gal de l'enfant, d clare exacts les renseignements port s sur cette fiche et autorise le responsable du s jour prendre, le cas ch ant, toutes mesures (traitements m dicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues n cessaires par l' tat de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONN ES DE L'ORGANISATEUR DU S JOUR OU DU CENTRE DE VACANCES