



Photo obligatoire

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
LE GESNOIS BILURIEN

Parc des Sittelles 72450 MONTFORT-LE-GESNOIS

Tel. 02 43 54 80 40

www.cc-gesnoisbilurien.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION SÉJOUR

Nom et prénom de l'enfant :
Date et lieu de séjour :

F/G :

Date de naissance :

Age :

Adresse :

Email :

N° de portable du jeune :

Contact parents :

Numéro CAF/MSA :

Pièces justificatives

Photocopie des vaccins

Attestation d'assurance extrascolaire de l'année en cours

Dossier d'inscription signé, daté

Justificatif CAF/MSA ou avis d'impôt

Règlement intérieur signé

Test Pass-nautique

CONTACT
sejours@cc-gesnoisbilurien.fr

Qui facture-t-on ?

PARENTS PAPA MAMAN TUTEUR

Attention ! Si vous êtes déjà enregistrés dans le portail familles, merci de préciser le mode de règlement souhaité pour le séjour (prélèvement, ANCV, CESU, chèque...) :

• **LES PARENTS**

Nom, prénom et adresse :

.....

Téléphone :

Portable :

Téléphone professionnel :

E-mail :

Si séparés,

LE PAPA

Autorité parentale : | OUI | NON

Nom, prénom et adresse :

.....

.....

.....

Téléphone :

Portable :

Téléphone professionnel :

E-mail :

LA MAMAN

Autorité parentale : | OUI | NON

Nom, prénom et adresse :

.....

.....

.....

Téléphone :

Portable :

Téléphone professionnel :

E-mail :

• **LE TUTEUR LEGAL**

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Portable :

E-mail :

AUTORISATIONS

Merci de cocher les cases dans le cas où vous acceptez ces autorisations.

AUTORISATION DE TRANSPORT

J'autorise mon enfant à prendre un moyen de transport dans le contexte séjour ;

AUTORISATION DE FILMER/PHOTOGRAPHER

DIFFUSION IMAGE PRESSE/SITE INTERNET SERVICE JEUNESSE

J'autorise que mon enfant soit filmé et/ou photographié à des fins d'utilisation par la structure elle-même (presse, site internet/service communication de la communauté de communes, stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage).



AUTORISATION AUX SOINS (D'HOSPITALISATION/URGENCE)

J'autorise le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant (transfert en pédiatrie/urgences) ; décharge la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital ; autorise l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant. Je m'engage également à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

DELIVRER MEDICAMENTS SUR ORDONNANCE

J'autorise le personnel à administrer des médicaments prescrits par un médecin traitant ou rencontré sur place en cas de maladie de l'enfant et sur présentation d'une ordonnance.



PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ou indisponibilité des représentants légaux

Nom et Prénom : **Téléphone :**

Lien de parenté : **Téléphone portable :**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de votre enfant : elle évite de vous démunir de son carnet de santé et nous permet de mieux connaître son état de santé.

- **VACCINS : merci de nous fournir la copie de ses vaccinations**

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre le certificat médical de non contre-indication.

- **Taille :** **Pointure :** **Poids :**

- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- | | | |
|------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Rhumatisme,
articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Otite |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Rougeole |
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Oreillons |

L'enfant présente-t-il des allergies ?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Médicaments | Autres : |
| <input type="checkbox"/> Alimentaire | <input type="checkbox"/> Maquillage | |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....
.....
.....

L'enfant suit-il un traitement médical, a-t-il un PAI ?

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice) et/ou le PAI.

- **MEDECIN TRAITANT**

Nom et prénom : **Téléphone :**

- **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS et DIFFICULTÉS DE SANTÉ RENCONTRÉES PAR LEURS ENFANTS (ceci afin de faciliter la prise en charge de votre enfant)**

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation... En précisant les dates et les précautions à prendre. Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, dentaires etc.

1^{er} départ ? Pipi au lit, angoisse, maux de tête, ventre, fatigue etc. Ce que vous pouvez nous dire de votre enfant.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e), Monsieur, Madame, déclare exact les renseignements portés sur ce dossier d'inscription.

Date et signature :