



Dossier d'inscription 2022 - 2023

Autorisation parentale :

Je soussigné(e) _____

autorise mon enfant _____

à participer aux activités des Vacances

N° allocataire CAF _____

N° allocataire MSA _____

si pas de N° allocataire, fournir une attestation sécurité sociale.

Adresse : _____

Personne à contacter en cas d'accident : _____

Tél. du domicile (et/ou portable) : _____

Tél. sur le lieu de travail : _____

E-mail : _____

J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités : OUI
 NON
(cochez la case correspondant à votre décision)

J'autorise le Service Jeunesse à diffuser des photos
de mon enfant pour les besoins du service : OUI
 NON

J'autorise le Service Jeunesse à consulter les données CDAP (CAF) : OUI
 NON

Signature des parents *(obligatoire)*

Pièces à joindre à votre dossier :

- Certificat médical d'aptitude aux activités sportives. Fiche sanitaire, dûment remplie.
- Justificatif de domicile (facture EDF ou Télécom). Autorisation parentale (cf. ci-dessus).
- Brevet de natation 50 m pour les activités nautiques. *(avec le tampon de la piscine)*

L'inscription de votre enfant ne sera effective qu'une fois le **dossier retourné à l'Antirouille**, place du Foirail, **dûment rempli et complété** des pièces pré-citées.

Ce dossier d'inscription est **valable une année civile pour toutes les activités**.

Il reste toutefois nécessaire **d'inscrire votre enfant, pour la ou les journées** auxquelles il souhaite participer *(les activités ont un nombre limité de places)*.

Fiche sanitaire de liaison

2022 - 2023



1 - Enfant

Garçon Fille

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

04 66 49 33 39

2 - 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres <i>(préciser)</i>	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat 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 (**médicaments dans leur emballage d'origine et marqués 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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coqueluche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

● Allergies :

Asthme <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Médicamenteuses <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Alimentaires <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autre

● Indications :

4 - Responsable de l'enfant

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. : ● Domicile : ● Portable : ● Au travail :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :