



SERVICE ANIMATION JEUNESSE
Inscription au Séjour Montagne 2022
À LUCHON du 14 au 17 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 21 Janvier 2022 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 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.



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

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).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMAND S	DATES
Dipht rie				H patite B	
T tanos				Rub ole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (pr ciser)	
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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

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.

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