



Photo obligatoire

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
LE GESNOIS BILURIEN

Parc des Sittelles 72450 MONTFORT-LE-GESNOIS

Tel. 02 43 54 80 40

cc-gesnoisbilurien.fr

Dossier à retourner par mail :
sejours@cc-gesnoisbilurien.fr ou à déposer auprès
d'un Accueil de Loisirs avec le coupon d'inscription
« Les Extras d'été »

DOSSIER D'INSCRIPTION

Les Extras d'Eté

Nom :

Prénom de l'enfant :

F/G :

Date de naissance :

Age :

Adresse :

Email :

N° de portable du jeune :

Téléphone parents : Portable parents :

Numéro CAF/MSA :

Pièces justificatives

Photocopie des vaccins

Attestation d'assurance extrascolaire de l'année en cours

Dossier d'inscription signé, daté

Avis d'impôt ou numéro CAF/MSA

Règlement intérieur signé

CONTACTS EXTRAS DE L'ETE/ SEJOURS

Emilie ou Virginie

sejours@cc-gesnoisbilurien.fr

06 12 07 84 59

Mr Mme Mr et Mme Autre

 LE PAPA*

Autorité parentale : OUI NON

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Portable :

Téléphone professionnel :

E-mail :

 LA MAMAN*

Autorité parentale : OUI NON

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Portable :

Téléphone professionnel :

E-mail :

Autorité parentale : OUI NON

Secteur : CDC HORS CDC

 LE TUTEUR LEGAL

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Portable :

E-mail :

***Ne rien noter si les informations sont identiques à celles de l'enfant/jeune.**

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 | <input type="checkbox"/> 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 ?

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).

● MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom : Téléphone :

● RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS et DIFFICULTES DE SANTE RENCONTREES 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^{ère} inscription, angoisse, maux de tête, de ventre, fatigue, particularité, etc.

.....

.....

.....

.....

.....

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

Date et signature :