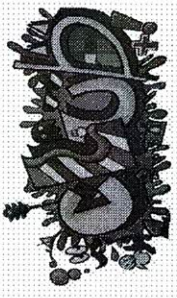




COMMUNAUTÉ DE COMMUNES  
BRIANCE · COMBAUDE

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
Accueil Adolescents 11-17 ans  
Année 2021-2022



**L'ENFANT :**

NOM : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ..... à : .....

Adresse :

Sexe : F  G

**RESPONSABLE :**

NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Adresse mail : .....

 Domicile : .....  portable : .....

N° Allocataire CAF : .....

Ou N° Allocataire MSA : .....

N° Sécurité Sociale : .....

A quel régime votre enfant est-il rattaché ?

Régime Général  MSA  Autres : .....

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

Nom : ..... 

Nom : ..... 

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Personnes interdites à récupérer l'enfant :

↳ J'autorise  Je n'autorise pas

L'organisateur à utiliser et à diffuser les photos et vidéos réalisées lors des activités à l'occasion d'articles de presse, de rapports d'activités, d'expositions ou sur le blog de l'accueil.

↳ J'autorise  Je n'autorise pas

Mon enfant à quitter l'accueil ados quand il (elle) le souhaite.

Les tarifs sont les suivants :

Il est demandé aux familles une cotisation trimestrielle de 45 € par jeune inscrit (facture envoyée en fin de trimestre). Il sera également facturé aux familles une participation de 6 € pour chaque sortie extérieure effectuée par le jeune. Le règlement est à effectuer auprès du Trésor Public.

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil ados à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A : ....., le .....

**Signature du responsable légal** (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ») :





# MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021 - 2022

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

**I. ENFANT** NOM : ..... PRENOM : .....  
SEXE  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**II. VACCINATIONS** (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

| Précisez s'il s'agit : | VACCINS PRATIQUES |         | DATES       |             |
|------------------------|-------------------|---------|-------------|-------------|
|                        | VACCINS           | RAPPELS | DATES       | DATES       |
| Du DT polio            | .....             | .....   | ___/___/___ | ___/___/___ |
| Du DT coq              | .....             | .....   | ___/___/___ | ___/___/___ |
| Du Tétracoq            | .....             | .....   | ___/___/___ | ___/___/___ |
| D'une prise polio      | .....             | .....   | ___/___/___ | ___/___/___ |

| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | ANTIVARIOLIQUE |                        | AUTRES VACCINS |             |
|------------------------|----------------|------------------------|----------------|-------------|
|                        | DATES          | VACCIN                 | DATES          | DATES       |
| 1 <sup>er</sup> VACCIN | ___/___/___    | .....                  | ___/___/___    | ___/___/___ |
| REVACCINATION          | ___/___/___    | 1 <sup>er</sup> RAPPEL | ___/___/___    | ___/___/___ |

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**  
L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

|            |   |           |   |         |   |             |   |            |   |
|------------|---|-----------|---|---------|---|-------------|---|------------|---|
| RUBEOLE    | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | VARICELLE | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | ANGINES | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | RHUMATISMES | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | SCARLATINE | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | OTITES    | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | ASTHME  | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE    | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | OREILLONS  | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :  
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

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

**IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

.....  
.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUI-T-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui

SI OUI, LEQUEL ?

SIL'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

**V. RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRENOMS : .....

ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

.....  
.....

N° DE S.S. | N° DE TEL | DOMICILE | BUREAU

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE : .....