



DOSSIER D'INSCRIPTION AUX SEJOURS HIVER 2019

Ce dossier doit être rempli et retourné avant le **25 janvier**, accompagné des justificatifs demandés. La commission d'attribution des places se réunira le 31 janvier, vous serez informés de l'état de votre demande à partir du **4 février**.
Pour tout renseignement, contactez Céline FAVARON ou Sandra LABORDE
au 05 61 87 06 75 ou ej.famille@cc-coeurdegaronne.fr

PARTICIPANT

Nom : Prénom :

Fille Garçon Date de naissance :

SEJOURS	FORMULE CHOISIE
<input type="checkbox"/> MOLINA : du 04 au 08 Mars (5 jours)	<input type="checkbox"/> Neige
<input type="checkbox"/> DORRES : du 23 au 28 Février (6 jours)	<input type="checkbox"/> Ski Passion
<input type="checkbox"/> DORRES : du 28 Février au 05 Mars (6 jours)	
<input type="checkbox"/> DORRES : du 05 au 10 Mars (6 jours)	

Assurance (Compagnie et numéro) : Mutuelle :

Enfant inscrit ALAE ou ALSH lieu :

Médecin traitant : Téléphone :

Personnes à prévenir en cas d'accident	Numéros de téléphone

Nom du (des) responsable(s) : Prénom :

Père Mère Tuteur Autre Situation familiale :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

Emails :

N° Sécurité Sociale : N° d'allocataire CAF :

Quotient Familial : MSA :

AUTORISATIONS

J'autorise, l'équipe d'animation du séjour à prendre toutes décisions qu'elle jugera nécessaire en cas d'urgence médicale (hospitalisation, médecin, secours...).

J'autorise, l'équipe d'animation à contacter la famille dans le cas d'un comportement inadapté au sein du groupe d'enfants. Il peut être envisagé en concertation avec les services compétents le retour de l'enfant avant la fin du séjour. Ce retour sera à la charge de la famille, aucun remboursement du séjour ne pourrait être demandé.

J'autorise, l'équipe d'animation du séjour à photographier, filmer mon enfant dans le cadre des activités du séjour.
J'autorise également la diffusion dans le strict cadre des activités Enfance et Jeunesse de la Communauté de Communes Cœur de Garonne.

Fait à : le :

Signature



JUSTIFICATIFS A FOURNIR	remplir les informations	fournir ces justificatifs
Commune de résidence. Précisez :		
1 parent s'acquitte de la cotisation foncière des entreprises. Précisez le nom de l'entreprise :		X
1 parent est personnel de la communauté de communes Coeur de Garonne. Précisez le service :		
Enfant/Jeune ayant participé à un séjour en 2018. Précisez le séjour :		X
Parent en recherche d'emploi. Précisez depuis le :		X
Frère ou soeur inscrit sur le même séjour. Précisez le prénom et le nom :		
Participe à un accueil de loisirs + de 20 jours par an. Précisez lequel :		X

FICHE SANITAIRE

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 (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées 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 oui non Médicamenteuses oui non Alimentaires oui non Autres :

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

INDIQUEZ CI-APRES : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ...Précisez :

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

Date :

Signature :