

# DOSSIER D'INSCRIPTION ANNUEL



Accueil de loisirs (10/13ans)

Accueil jeunes (14/17 ans)

**Année 2017**

## **IDENTITE DU JEUNE :**

Nom du jeune :-----Prénom :-----

Date de naissance :-----Adresse :-----

Commune :-----Tel portable (jeune) :-----

@ :-----

Responsable légal :  père,  mère,  autre préciser -----

*Tout jeune non inscrit ne sera accepté. Tout dossier incomplet sera refusé.*

### **Identité du responsable légal 1**

Nom :-----

Prénom: -----

Adresse :-----

- Commune: -----

- Téléphone :-----

- Portable :-----

@:-----

### **Identité du responsable légal 2**

No m :-----

Prénom: -----

Adresse :-----

Commune: -----

Téléphone :-----

Portable :-----

@:-----

**Régime d'affiliation :**  CAF  MSA

**Numéro d'allocataire :**----- **QF :**-----

## **Autorisation Parentale**

Je soussigné(e) (nom et prénom) :-----

Responsable du jeune (nom et prénom) :-----

Déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur ( <http://www.vie-et-boulogne.fr/>).

Autorise mon jeune à participer à toutes les activités autorisées selon la réglementation en vigueur.

Autorise le droit à l'image. Cette autorisation est valable pour l'édition de documents de nature pédagogique (brochures), affichage ou projection lors de manifestations organisées par la Communauté de Communes, pour la publication sur le site internet ou réseau social.

Autorise mon jeune à rentrer seul par ses propres moyens (à pied, en vélo, scooter...).

Déclare souscrire à une assurance individuelle ou extrascolaire.

Le :-----

A :-----

Signature du responsable

Précédé de la mention « lu et approuvé »

Signature du jeune

Précédé de la mention « lu et approuvé »

**Le dossier d'inscription doit comprendre :**

- L'autorisation parentale
- La fiche sanitaire de liaison
- Attestation CAF ou MSA

**Communauté de Communes de Vie et  
Boulogne**

**Elodie Soullisse (responsable jeunesse)**

Z.A. de la Gendronnière, 24 Rue des

Landes – 85170 Le Poiré-Sur-Vie

07-89-71-36-40 ou 02 51 31 60 09

[jeunesse@vietboulogne.fr](mailto:jeunesse@vietboulogne.fr)



santé  
famille  
retraite  
services





# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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

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 (*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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**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-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

---

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

---

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*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 mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : ..... Signature : .....

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

**OBSERVATIONS**

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