

## DOSSIER D'INSCRIPTION SEJOUR CANOURGUE DU 25 AU 30 AVRIL 2022

Séjour habilité par le service départemental à la jeunesse à l'engagement et aux sports  
 Agréés par la Caisse d'Allocations Familiales de l'Hérault.

**Organisé par l'Espace Jeunes et le Service des Sports pour les collégiens et lycéens**

**NOM** : .....

**Prénom** : .....

**Né(e) le** : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à .....

**Classe fréquentée** : ..... **Etablissement** : .....



**PERE** si autre préciser : .....  Représentant légal

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tel travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tel domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tel portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Situation familiale : .....

**MERE** si autre préciser : .....  Représentant légal

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tel travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tel domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tel portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Situation familiale : .....

### PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

	A contacter en cas d'urgence
PERE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
MERE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOM : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : ..... ☎Port : ___/___/___/___	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOM : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : ..... ☎Port : ___/___/___/___	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

## REGIME D'APPARTENANCE

### Régime d'Allocations Familiale :

- CAF DE L'HERAULT N° d'allocataire \_\_\_\_\_ QF : \_\_\_\_\_

Régime agricole : MSA N° \_\_\_\_\_

Autre Régime : N° .....

## TARIFS SEJOUR

	SEJOUR*
Adhérents Carte Pass espace jeunes	<b>150,00€</b>
Non adhérents	<b>300,00€</b>

\*Le tarif comprend : le transport, l'hébergement en pension complète, les activités (canoé, escalade, Via corda, VTT, visites culturelles...)

## DECLARATIONS OBLIGATOIRES

Je soussigné(e) Monsieur / Madame..... autorise le Directeur du séjour, à faire donner en cas de besoin, ou d'impossibilité de joindre les parents, les soins urgents qu'il juge utiles après avis médical.

J'autorise donc le Directeur à faire intervenir un médecin, à faire appel aux services d'urgence, à faire hospitaliser et faire pratiquer une anesthésie générale, ou locale, si le cas de mon enfant le nécessite.

J'ai pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter.

Je m'engage à respecter les consignes et les décisions de la Direction.

Je m'engage à verser le montant correspondant avant le 8 avril 2022.

Autorisation du droit à l'image de mon enfant : Photographie  OUI  NON  
Diffuser  OUI  NON

NOM et Prénom (parents)

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Signatures :

# SEJOUR CANOURGUE DU 25 AU 30 AVRIL 2022

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....

SEXE  GARCON  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.

PHOTO  
RECENTE

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
<i>Diphtérie</i>					
<i>Tétanos</i>					
<i>Poliomyélite</i>					
(DTP, Tétracoq, infamix, quinte ou hexa)					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

### III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant présente-t-il une pathologie particulière (asthme, etc) ?  OUI  NON

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  OUI  NON

Si une prise de médicament est nécessaire (Ventoline, Doliprane, Antibiotiques...) un PAI doit être rédigé par le médecin traitant ou le spécialiste.

**ATTENTION DOSSIER A REMETTRE AVANT LA FREQUENTATION DE L'ENFANT. L'enfant sera pris en charge quand le dossier sera validé par notre médecin référent.**

#### ALLERGIES :

MEDICAMENTEUSES  OUI  NON

ALIMENTAIRE  OUI (précisez.....)  NON

AUTRES : .....

REGIME ALIMENTAIRE :  Sans Porc  Sans Viande

#### IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

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

#### V. RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

NOM de votre médecin traitant : .....

Adresse : .....

Code Postal : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Ville : .....

☎ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ ☎ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Mutuelle des parents (joindre photocopie) .....

N° mutualiste : ..... Date de fin : \_\_/\_\_/\_\_

N° de Sécurité Sociale du représentant légal :

							Clé	
--	--	--	--	--	--	--	-----	--

#### VI. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : .....PRENOM : .....

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

☎ Fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ ☎ Mobile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ ☎ Travail : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N° SS.....

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.

Date : .....

**Signature :**