



FICHE D'INSCRIPTION 2016/2017

Le jeune

Nom : _____ Prénom : _____
Naissance : le __ / __ / ____ à _____ (code postal : ____)
Établissement scolaire : _____ Classe : _____
Unité : lutins/louvetoux (6-11 ans) éclés (11-15 ans) aînés (15-16 ans)

La famille

Responsable(s) légal(aux) :
Père : _____ Mère : _____
Autre : _____ (lien : _____)
Profession : _____

Adresse pour correspondance : _____
(préciser le responsable s'il y a lieu) _____

Téléphone fixe : _____
Téléphone portable (propriétaire) :
_____ (____) ou _____ (____)

E-mail : _____

CAF

N° allocataire : _____
Quotient familial : _____

Transports

Assurance véhicule pour le covoiturage :
Compagnie d'assurance : _____
N° contrat : _____

J'autorise mon enfant à être transporté, à titre gratuit, dans la voiture d'un responsable ou dans la voiture d'un parent, jusqu'au lieu de l'activité, à l'occasion de week-ends ou de sorties.

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom prénom : _____
Lien : _____
Téléphone fixe : _____
Téléphone portable : _____

Adhésion

Je déclare :
- avoir pris connaissance des principes de l'Association des Éclaireuses Éclaireurs De France (cf projet éducatif) et du projet pédagogique (mis à votre disposition au local) du groupe d'Albi, y faire adhérer mon enfant et m'engage à verser la cotisation ;
- autoriser l'association à utiliser, éventuellement, photos et/ou vidéos de mon enfant dans les publications, dans le respect des dispositions légales.

Fait à _____ le __ / __ / ____

Signature :

(cadre réservé à l'administration)

Première inscription Réinscription

Cotisation

Plein tarif : 25 € 65 € 95 € 125 €
 Familiale : 20 € 50 € 75 € 95 €

Paiement

date : __ / __ / ____

espèces : _____
 chèques Vacances : _____
 chèque
montant : _____
banque : _____
n° de chèque : _____
émetteur : _____

Fichier adhérents local

jeune déjà saisi
 jeune saisi le __ / __ / ____
 cotisation notifiée le __ / __ / ____

Tarif Week-ends

5 € 7 € 8,5 € 10 € 12 €

Dossier

Avis d'imposition 2016
 Attestation d'affiliation Sécurité Sociale
 Attestation d'affiliation Mutuelle

Remarques



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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

.....

