



# FICHE D'INSCRIPTION 2017/2018

## 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 2017  
 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

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