

Votre enfant rentrera-t-il seul ?

☐ Oui

☐ Non

Si non, avec qui l'enfant peut-il partir ? (Vous pouvez indiquer plusieurs personnes)

Noms, Prénoms :

.....

.....

.....

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e) M., Mme, Melle

☐ Autorise

☐ N'autorise pas

L'équipe d'animation à filmer ou photographier mon enfant pour réaliser un film ou une exposition utilisée exclusivement à des fins pédagogiques.

Date :

Signature :

REMARQUE :

.....

.....

.....

DOSSIER D'INSCRIPTION

pour les enfants de **BLANGY-TRONVILLE**

Dossier à retirer à partir du **25 septembre 2025**

du 20 au 24 octobre 2025

soit 5 jours, pour un total de 37.50 euros



A retourner en mairie pour le **05 Octobre 2025**

L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age :

Sexe : M ☐ F ☐

Ecole : Classe :

QUALITE DU RESPONSABLE LEGAL

Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐

Nom et Prénom du responsable légal :

Adresse :

Code postal et ville :

Téléphone fixe :

Portable (s) :

Adresse mail :

Père : (Nom /Prénom)	Mère : (Nom/Prénom)
.....	
Profession	Profession
.....	
Adresse et lieu de travail	Adresse et lieu de travail
.....	
Téléphone du lieu de travail	Téléphone du lieu de travail
.....	

PIECES A FOURNIR:

- Copie des vaccins à jour
- Fiche médicale remplie (ci-jointe)
- Justificatif du quotient familial
- Règlement par chèque à l'ordre du trésor public

EN CAS D'URGENCE ET PARENTS ABSENTS,

PERSONNE A PREVENIR

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

N° de sécurité sociale :

Régime d'allocations familiales :

C.A.F ☐ M.S.A ☐ Autres ☐ : précisez :

N° d'allocataire (indispensable) :

Adresse de la caisse d'allocations :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Nom :

N° de la police d'assurances :

MUTUELLE :

Adresse :

Code postal : Ville :

Sans ces documents, l'inscription de votre enfant ne sera pas prise en compte.

Toute inscription sera définitive et due, seul le certificat médical permettra un remboursement.



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE REQUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS

1se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE 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

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 AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES 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 LÉgal DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____

BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : ☐ DE LA CMU ☐ D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES