



DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE

La Communauté de Communes Cœur du Var exerce la compétence jeunesse :

- **Pour les 6-11 ans** (jusqu'au jour des 12 ans) pour les vacances scolaires de février, d'avril, d'octobre et d'été
 - **Pour les 3-5 ans** (scolarisés) uniquement l'été.
- En dehors de ce cadre, renseignez vous auprès de votre commune.

Fiche sanitaire	<input type="checkbox"/>
Règlement intérieur	<input type="checkbox"/>
Certificat médical	<input type="checkbox"/>
Vaccins DT polio	<input type="checkbox"/>
Photo de l'enfant (maternel)	<input type="checkbox"/>
Attestation quotient familial récent ou avis d'imposition	<input type="checkbox"/>
Attestation responsabilité civile	<input type="checkbox"/>
Attestation assurance extrascolaire (obligatoire pour les séjours)	<input type="checkbox"/>
Jugement de divorce	<input type="checkbox"/>

Nom Prénom

Date de naissance Sexe M F

Adresse de l'enfant pendant le séjour :

.....

Taille Poids Pointure

Classe : Établissement scolaire :

Régime alimentaire :

TRANSPORT				
	Sur site		Ramassage	
	Arrivée	Départ	départ de :	retour jusqu'à :
FÉVRIER				
AVRIL				
ÉTÉ				
OCTOBRE				

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT TOUT AU LONG DE L'ANNÉE (autres que les parents)			
Nom prénom	Adresse	Lien avec l'enfant	N° de téléphone

Fiche enfant

■ Votre situation familiale :

Union libre Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire Veuf(ve)

■ En cas de séparation qui a la garde de l'enfant pendant le séjour ? (joindre copie du jugement)

Père uniquement

Mère uniquement

Les deux parents (joindre planning de garde)

Autre (préciser)

	PÈRE	MÈRE
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tél. domicile		
Tél. portable		
Employeur Coordonnées		
	Nombre d'enfants à charge	Nombre d'enfants à charge
	Age	Age

CAS PARTICULIER AUTRE QUE LES PARENTS	
Nom	
Prénom	
Adresse	
Lien avec l'enfant	
Téléphone	
Employeur Coordonnées	

RÉGIME ALLOCATAIRE

MSA CAF Ministère défense Autre (préciser)

N° Allocataire QF CAF € en date du

Nombre de part

Je soussigné(e) Mme ou M déclare l'exactitude des renseignements fournis, et avoir pris connaissance du règlement intérieur du service jeunesse de la Communauté de Communes.

Le : / /, à Signature des parents :



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

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

DATES ET LIEU DE 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.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphérie				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	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 AIGU	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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLÉE ? oui non

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

Fiche financière

A remplir par l'administration

INSCRIPTIONS							PREINSCRIPTIONS		
DATE :	TOTAL	QF	DEDUCTION	AIDE COM.	RESTE	MODE DE PAIEMENT	PREINSCRIPTIONS		
MS JOURNÉE	SEM 1 SEM 2					<input type="checkbox"/> ESPECES <input type="checkbox"/> CB	Pas de préinscriptions		
MS 1/2 JOURNÉE	SEM 1 SEM 2					<input type="checkbox"/> chèque <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> prélèvement			
SKI	SEM 1 SEM 2								
DATE :	TOTAL	QF	DEDUCTION	AIDE COM.	RESTE	MODE DE PAIEMENT	PREINSCRIPTIONS		
MS JOURNÉE	SEM 1 SEM 2					<input type="checkbox"/> ESPECES <input type="checkbox"/> CB	SEM 1 <input type="checkbox"/> SEM 2 <input type="checkbox"/>		
MS 1/2 JOURNÉE	SEM 1 SEM 2					<input type="checkbox"/> chèque <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> prélèvement	SEM 1 <input type="checkbox"/> SEM 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> confirmé le.....	
EQUITATION	SEM 1						SEM 1 <input type="checkbox"/>		
SPORTS EXTR.	SEM 2						SEM 2 <input type="checkbox"/>		
DATE :	TOTAL	QF	DEDUCTION	AIDE COM.	RESTE	MODE DE PAIEMENT	PREINSCRIPTIONS ET RAJOUTS		
<input type="checkbox"/> WATER CANNET	SEM 1 SEM 2 SEM 3					<input type="checkbox"/> ESPECES <input type="checkbox"/> CB	SEM 1 <input type="checkbox"/> SEM 2 <input type="checkbox"/> SEM 3 <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> WATER PUGET	SEM 4 SEM 5					<input type="checkbox"/> chèque <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> prélèvement	SEM 4 <input type="checkbox"/> SEM 5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> confirmé le.....	
<input type="checkbox"/> PRIMAIRE	SEM 6 SEM 7 SEM 8						SEM 6 <input type="checkbox"/> SEM 7 <input type="checkbox"/> SEM 8 <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Séjour LA MARTRE	SEM 3								
<input type="checkbox"/> Séjour LA LONDE	SEM 7								
DATE :	TOTAL	QF	DEDUCTION	AIDE COM.	RESTE	MODE DE PAIEMENT	PREINSCRIPTIONS		
MS JOURNÉE	SEM 1 SEM 2					<input type="checkbox"/> ESPECES <input type="checkbox"/> CB	SEM 1 <input type="checkbox"/> SEM 2 <input type="checkbox"/>		
MS 1/2 JOURNÉE	SEM 1 SEM 2					<input type="checkbox"/> chèque <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> prélèvement	SEM 1 <input type="checkbox"/> SEM 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> confirmé le.....	
DATE :	TOTAL	QF	DEDUCTION	AIDE COM.	RESTE	MODE DE PAIEMENT	PREINSCRIPTIONS		
MS JOURNÉE	SEM 1 SEM 2					<input type="checkbox"/> ESPECES <input type="checkbox"/> CB	SEM 1 <input type="checkbox"/> SEM 2 <input type="checkbox"/>		
MS 1/2 JOURNÉE	SEM 1 SEM 2					<input type="checkbox"/> chèque <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> prélèvement	SEM 1 <input type="checkbox"/> SEM 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> confirmé le.....	
DATE :	TOTAL	QF	DEDUCTION	AIDE COM.	RESTE	MODE DE PAIEMENT	PREINSCRIPTIONS		
MS JOURNÉE	SEM 1 SEM 2					<input type="checkbox"/> ESPECES <input type="checkbox"/> CB	SEM 1 <input type="checkbox"/> SEM 2 <input type="checkbox"/>		
MS 1/2 JOURNÉE	SEM 1 SEM 2					<input type="checkbox"/> chèque <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> prélèvement	SEM 1 <input type="checkbox"/> SEM 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> confirmé le.....	