



Dossier d'inscription 1 dossier par enfant

SEJOURS ETE 2017

Nom de l'enfant.....

Prénom.....

Sexe.....

Date de naissance...../...../.....

Lieu de naissance.....

SEJOUR DOMAINE DE LA DUCHERAIS 4/6 ANS

- ☐ Du 17 au 18 Juillet 2017 - Choix n° _____
☐ Du 8 au 9 Août 2017 - Choix n° _____

SEJOURS 7/12 ANS

- ☐ Du 10 au 13 Juillet 2017 - Choix n° _____
☐ Du 14 au 18 Août 2017 - Choix n° _____

SEJOURS 10/15 ANS

- ☐ Du 24 au 28 Juillet 2017 - Choix n° _____
☐ Du 21 au 25 Août 2017 - Choix n° _____

Souhaitez-vous inscrire votre enfant pour :

- ☐ 1 séjour
☐ 2 séjours

☐ « Inscription Copain », nom du copain _____

Nom et prénom du responsable légal
Adresse courante :
Code postal : Ville :
Téléphone domicile : Téléphone durant le séjour :
Portable père : Portable mère :
Téléphone travail père : Téléphone travail mère :
Courriel :@.....
Indiquez 2 personnes en précisant le lien (famille, amis, voisins) à contacter si nous ne pouvons vous joindre :

Nom : Téléphone : Lien :

Nom : Téléphone : Lien :

N° Sécurité Sociale :
Allocataire : ☐ CAF ☐ CAF Maritime ☐ MSA ☐ Autres :

N° Allocataire :
ASSURANCE : Compagnie : N° d'assurance :

J'inscris mon enfant pour la ☐ 1ère fois
☐ 2ème fois
☐ 3ème fois
☐ 4ème fois et plus

Autorisation Droit à l'Image :

J'autorise les Martins Pêcheurs, conformément à la loi, article 9 du Code Civil sur « le droit à l'image et au son », et à l'article 121-2 du Code de la Propriété Intellectuelle, à utiliser les photographies, films et œuvres originales réalisés dans le cadre des activités du Service Enfance Jeunesse de la Mairie de Mesquer pour des besoins éventuels (plaquettes, presse, exposition, site internet, bulletin de la commune) :

Oui ☐ Non ☐



Les dossiers devront être dûment renseignés, en cas de pièces manquantes, la pré-inscription sera refusée.

(Cadre réservé au service Enfance Jeunesse)

Pièces à joindre pour valider la pré-inscription, merci de fournir :

- ☐ Le dossier d'inscription dûment complété et signé
- ☐ justificatif allocataire CAF / MSA
- ☐ La fiche sanitaire de liaison et la photo
- ☐ Copie attestation d'assurance
- « Responsabilité Civile , activités extrascolaires»
- ☐ Attestation 25m nage libre pour séjours 10/15

POUR INFORMATION :

Afin de permettre à tous les enfants de la commune de participer à un séjour, des modalités d'inscription sont mises en place, à savoir :

- Les pré-inscriptions auront lieu du :
10 avril au 12 mai
- Priorité aux enfants qui ne sont jamais partis en séjour.

Inscription des enfants hors commune dès le 15 mai en fonction des places restantes.

La liste des enfants participant aux séjours sera affichée à
l'ALSH dès le 22 mai.

En cas d'annulation, 30% du séjour sera facturé sauf événement familial grave ou maladie sur justificatif et sauf désinscription au plus tard 10 jours avant le départ.

Cadre réservé à l'administration

Dossier reçu le : Par :

Nous soussignés, après avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et de fonctionnement des séjours, déclarons y souscrire et autoriser notre enfant à participer à toutes les activités prévues, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. D'autre part, nous nous engageons à rembourser à la mairie de Mesquer le montant des frais médicaux liés au séjour.

A.....Le
Ecrire « Lu et approuvé » et signer

Le Père

La Mère

RETOUR DE DOSSIER :

A l'ALSH :

100 allée des Ormeaux
44420 MESQUER
Tél : 02 40 42 65 43

Par mail : mairie.mesquer-enfance.jeunesse@wanadoo.fr

Permanences pour réception des dossiers à l'ALSH :

Lundis / Mardis / Jeudis et Vendredis de :
8h30 à 12h et de 14h à 18h30

Attention : pas de permanences les Mercredis.
Aucune réservation possible par téléphone.



MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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 RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	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 ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION,
REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui ☐ non ☐ parfois ☐

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES
DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare
exactes 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

COORDONNEES DE L'ORGANISMEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS