

Bulletin d'inscription

1 fiche par enfant

L'enfant merci d'écrire en majuscules

Nom :
Prénom :
Date et lieu de naissance :/...../..... à
Nationalité : Sexe : F M
Adresse où réside l'enfant :
Code postale : Ville:
Pays :

Coller la photo

Le responsable de l'enfant Père : Mère : Tuteur :
adresse de correspondance

Nom / Prénom :
Adresse :
Code postale : Ville:
Tél. Domicile :/...../...../..... E-mail :@.....
Tél. Professionnel :/...../...../..... Profession :
Tél. Portable :/...../...../..... Fax :/...../...../.....
N° Sécurité Sociale :/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Caisse :
N° Allocataire CAF :/...../...../...../..... Caisse :

Responsable de l'enfant pouvant être contacté durant le séjour :

Nom / Prénom : Tél. Urgence :
Je soussigné(e)..... responsable légale de l'enfant, certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscriptions figurant sur la brochure. Autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant et à pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjours m'incombant, ainsi que les frais médicaux ou hospitalisation éventuels.

Date :/...../.....

Lu et approuvé :

Signature Obligatoire :

Séjours choisis

Titre n°1 : du au N° semaine :
Titre n°2 : du au N° semaine :
Ville de départ* : Ville de retour* :

*Si vous emmenez votre enfant, indiquez «sur place»

Règlement

Bulletin et règlement à renvoyer à :
La joie de vivre
le bourg
42600 Verrières en forez

PRIX du séjour :

REDUCTIONS : €
SUPPLEMENT Option : €
Transport : €
Adhesion : 10 €
TOTAL prix du séjour (1) : €

Option assurance annulation

10% du montant total du séjour à joindre avec la fiche d'inscription

Facultative

ASSURANCE (2) : €

TOTAL ACCOMPTE

30% du montant total du séjour à joindre avec la fiche d'inscription

TOTAL ACCOMPTE (3) : €

AIDES EXTERIEURES

A déduire au moment du solde du séjour

Bons CAF (sous réserve d'acceptation de la CAF) : €
«JOINDRE LES JUSTIFICATIFS»
Prise en charge CE : €
Prise en charge Conseil Général : €
Autres, à préciser..... : €
TOTAL des aides (4) : €
SOLDE restant dû (1)+(2)-(3)-(4) : €

ADRESSE DE FACTURATION si différente :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postale : Ville:
Tél. Domicile :/...../...../..... Fax :/...../...../.....

Comment nous avez-vous connu ?

- Ancien participant
- Catalogue
- Connaissances
- Internet
- Autres.....

Fiche sanitaire de Liaison

L'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :/...../.....

Garçon Fille

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

Vaccinations :

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES Derniers Rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

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.

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 AIGÛ 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

ALIMENTAIRE : oui non

AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

POUR TOUTE ALLERGIE, UN PAI PEUT ÊTRE MIS EN PLACE AVEC LA STRUCTURE (DEMANDEZ LE DOSSIER)

Les difficultés de santé

(MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCTIONS) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Recommandations utiles des parents :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, NE MANGE PAS DE PORC OU DE VIANDE ETC.... PRÉCISEZ. (Attention, toute information non écrite dans ce dossier ne pourra être pris en compte lors du séjour)

Responsable de l'enfant

NOM.....

PRÉNOM.....

ADRESSE (pendant le séjour) :

.....

TÉL. FIXE :/...../...../...../.....

TÉL; PORTABLE :/...../...../...../.....

TÉL. BUREAU :/...../...../...../.....

AUTRE TÉL. :/...../...../...../.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITEMENT (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 :/...../20.....

Signature :

Observations

Charte de bonne Conduite

Ce document devra être rendu signé par les jeunes de 12 à 17 ans

Formulaire pour le Retour

Nom et prénom du jeune :

DEPLACEMENTS : Pendant le séjour dans un centre Joie de Vivre, les participants ne sont pas autorisés à sortir seuls et sans un membre de l'encadrement.

ABANDON DU PROGRAMME : Il n'est pas autorisé dans ce séjour.

CONTACTS AVEC LE LIEU D'HEBERGEMENT : Il est essentiel que les participants aient un comportement IRREPROCHABLE. La maison qui assure l'hébergement est certainement différente de votre établissement ou de votre famille. Il est impossible d'établir des équivalences. Vous devez scrupuleusement respecter les horaires et les consignes de vie de l'établissement fixés par le centre, vous adapter à la cuisine, même si cela vous déroute un peu au début.

LES ACTIVITES : Elles sont organisées en concertation avec vous et votre équipe d'animation, sur la base du programme énoncé sur le catalogue. Leur réussite dépend en partie de votre tenue et de votre attitude lors des activités, et aussi de votre volonté de les pratiquer. Vous les avez choisies en toute liberté et en connaissance de cause.

LES PORTABLES ils seront déposés dans une boîte lors des activités et seront rendus lors des temps de vie quotidienne.

DROGUE, SEXE, BOISSONS, TABAC : La consommation, l'achat et la vente de : stupéfiants, alcools, tabac (*) sont STRICTEMENT INTERDITES. Le participant devra veiller en tout temps à ce que son comportement moral soit au dessus de tous soupçons. (*) Sauf fumer une ou plusieurs cigarettes à l'extérieur des bâtiments avec autorisation écrite des parents ou du responsable légal.

ATTITUDES : Que se soit avec les autres participants ou l'équipe d'encadrement, sur ce point nous vous demandons de respecter IMPERATIVEMENT, les deux premiers points du Projet Educatif. Avec l'équipe d'encadrement : Considérez les comme des adultes qui aiment la vie en collectivité pour partager avec vous leurs découvertes et leurs expériences, et s'ils vous rappellent par moment ce que vous devez faire, c'est pour vous aider ; et non pas pour vous brimer. Eux seuls ont en main les éléments nécessaires pour donner une solution rapide à vos problèmes. N'hésitez pas à leur parler de ce qui vous ennuie ou vous inquiète et vous pose question. ...

LA POLITESSE, LA COURTOISIE, LA BONNE TENUE, LA GENTILLESSE LEUR SONT DUES.

SANCTIONS : Nous nous réservons le droit de mettre fin au séjour de quiconque nuirait à la réussite du Centre ou aurait un comportement incompatible avec une vie en collectivité ; dans ce cas les parents ou responsables seraient avisés et le jeune renvoyé (les frais de séjour étant dus dans l'intégralité ainsi que les frais retour et d'accompagnement d'un animateur). Dans le cas de consommation de drogue ou achat ou vente, une plainte sera immédiatement déposée auprès de la gendarmerie contre le responsable légal du jeune.

Afin que mon séjour se déroule dans les meilleures conditions possible, je m'engage à respecter cette charte de conduite qui n'est pas faite pour me contraindre mais pour rendre possible et agréable mon séjour à la Joie de Vivre.

Nous déclarons avoir pris connaissance de la charte de conduite pour un séjour dans un centre JOIE DE VIVRE.

Signature des parents
ou du responsable légal :

Signature du participant au Séjour :
(Uniquement lui et pas une tierce personne)

(Document à signer et nous retourner avec le dossier. Merci).

Je soussigné Mr/Mme.(1) :

Agissant en qualité de Père - Mère - Tuteur (1), représentant légal de l'enfant :
.....

DECLARE reprendre l'enfant à la fin de son séjour :

OUI (1) Le responsable devra se munir de sa carte d'identité

NON (1) Remplir la DECHARGE DE RESPONSABILITE ci-dessous :

Je déclare autoriser Mr/Mme.(1) :
à récupérer l'enfant le jour et à l'heure inscrit ci-dessous.

N° de sa carte d'identité:

Par la présente, je décharge les dirigeants du Centre et de l'Association, de toute responsabilité, à partir de ce moment.

A REMPLIR IMPERATIVEMENT

L'enfant sera récupéré le :/...../ 201..... lieu :
par :

Heure: (à préciser afin d'éviter toute attente)
NUMÉRO DE PORTABLE OBLIGATOIRE 06/...../...../...../.....

Fait à :

le :/...../201.....

Signature :

(1) Rayer la mention inutile