



En Périgord
1 av. André Audy
24160 Excideuil
05 53 62 82 03
06 89 82 52 93
jeunesse@ccilap.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION JEUNES 2020

Valable du 10/12/2019 au 31/12/2020

**A remplir et à retourner impérativement
1 semaine avant l'accueil du jeune, par courrier, par mail ou
directement à la Communauté de Commune**

Case réservée au service
enfance/jeunesse

QF :

Aide :

NOM DU JEUNE :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Adresse du jeune :	
Adresse de facturation si différente :	
Etablissement fréquenté :	Niveau :
Numéro de téléphone :	

**Pour organiser au mieux les activités : toute présence doit être
obligatoirement réservée au préalable (voir règlement intérieur article 7)**

Assurance responsabilité civile et activités extrascolaires

Nom et adresse de l'assurance..... N° du contrat

LES RESPONSABLES DU JEUNE

Nom :

Prénom :

Qualité (père, mère, beau-père, belle-mère, tuteur...) :
.....

Adresse complète :

.....

Code postal :

Ville :

Mail (en majuscule):
.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. du lieu de travail :

Profession :

Nom employeur :

Nom :

Prénom :

Qualité (père, mère, beau-père, belle-mère, tuteur,...) :
.....

Adresse complète :

.....

Code postal :

Ville :

Mail (en majuscule) :
.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. du lieu de travail :

Profession :

Nom employeur :

Pour bénéficier des différents tarifs (séjours), il est OBLIGATOIRE de fournir les documents correspondants

- Avis d'imposition de l'année en cours
- Notification Aides aux Temps Libres CAF (quotient familial)
- Vacances Temps Libres MSA (quotient familial)
- Autres aides (comité d'entreprise.....)
- RSA Socle

SANS JUSTIFICATIF LE TARIF MAXIMUM EST APPLIQUE

LES AUTORISATIONS

Je soussigné(e) agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale de (nom et prénom du jeune) :

- l'autorise à participer aux sorties organisées par le service Jeunesse de la Communauté de Communes Isle Loue Auvézère en Périgord (CCILAP). OUI NON
- l'autorise à participer à toute activité organisée sous la responsabilité du service jeunesse de la CCILAP et des encadrants diplômés nécessaires à l'activité. OUI NON
- l'autorise mon enfant à emprunter les transports organisés par CCILAP, conduit par les animateurs du service Enfance Jeunesse (bus/minibus/ véhicule CCILAP ou véhicule agent sous couverture CCILAP) ou effectués par un transporteur privé. OUI NON
- l'autorise à partir seul de la structure et/ou de l'arrêt de la navette aux horaires indiqués (uniquement pour les mineurs) OUI NON
- autorise la Communauté de Communes Isle Loue Auvézère en Périgord à photographier et filmer dans le cadre des activités organisées par la CCILAP. OUI NON
- autorise la Communauté de communes Isle Loue Auvézère en Périgord à m'envoyer des informations (publicité ALSH, dossier inscription...) sur mon adresse mail. OUI NON

- Les personnes suivantes sont autorisés à venir le chercher :

Nom, prénom.....Qualité : Téléphone :

Nom, prénom.....Qualité :Téléphone :

Nom, prénom.....Qualité : Téléphone :

Je soussigné(e) responsable légal de (nom et prénom du jeune) déclare exact les renseignements portés sur ce dossier et autorise le responsable de la structure à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par son état de santé **(1^{er} soin pour les petits accidents : coupures, écorchures. Traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...)**.

RECAPITULATIF DES DOCUMENTS A FOURNIR :

- Fiche d'inscription de l'année en cours.
- Photocopie de l'avis d'imposition et de tous justificatifs d'aides (CAF, MSA, RSA, ...).
- Fiche sanitaire et protocole médical en cas d'allergie de l'année en cours.
- Règlement intérieur signé par la famille et le jeune.
- Photocopie des vaccinations si non rempli sur la fiche sanitaire.
- Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile,
- En cas de décision de justice concernant l'autorité parentale et/ou la garde de l'enfant, joindre la copie de l'acte correspondant pour les mineurs

**Tout dossier transmis devra réunir les documents ci-dessus, datés et signés.
SANS CES ELEMENTS, LE DOSSIER SERA CONSIDERE INCOMPLET ET NE PERMETTRA PAS L'ACCUEIL DU JEUNE.**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à communiquer aux habitants du territoire l'information la plus complète possible sur les activités des accueils de loisirs.

Les destinataires des données sont : Service Enfance Jeunesse -CCILAP-, Bureau d'Excideuil. 1 av. André Audy - 24160 Excideuil
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : Service Enfance Jeunesse -CCILAP- Bureau d'Excideuil, 1 av. André Audy - 24160 Excideuil / 05 53 62 82 03 / 06 89 82 52 93 / enfancejeunesse@ccilap.fr. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Je certifie avoir pris connaissance et accepté la politique de protection des données personnelles (document en annexe : règlement intérieur).

Date : **Signature du responsable (pour les mineurs):**
Signature du jeune :



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – Le jeune

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DU JEUNE;
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 du jeune).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI LE JEUNE 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 LE JEUNE

Le jeune 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 du jeune avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

LE JEUNE 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

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

PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

LE JEUNE MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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

Je soussigné(e), _____ responsable légal du jeune, 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 du jeune.. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon jeune de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

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

OBSERVATIONS
