

FICHE INSCRIPTION 11-17 ans

Le Conseil communautaire des jeunes (CCJ) est un dispositif qui vise à permettre aux adolescents de s'impliquer dans la vie locale, d'encourager leur prise d'initiative et leur engagement citoyen.

Candidat *Le candidat doit obligatoirement être domicilié ou scolarisé sur le territoire de la CCVA.*

NOM : / **Prénom :**

Date de naissance : / /

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : / Téléphone portable :

Adresse mail :

Etablissement scolaire :

Centres d'intérêt : Vie quotidienne Sports et loisirs Culture Environnement Solidarité

Autre :

AUTORISATION PARENTALE *A remplir par les représentants légaux*

Je soussigné(e) ; M. Mme*

Responsable du ou des enfant(s)

Autorise la Communauté de communes du Val d'Amboise (*Rayez les mentions inutiles)

- à encadrer, via le responsable des dispositifs jeunesse, mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités du Conseil communautaire des jeunes lors de ses réunions ou de ses manifestations (Conseils, réunions des commissions de travail, manifestations citoyennes etc.) ;
- à transporter mon (mes) enfant(s) dans un véhicule de la Communauté de communes du Val d'Amboise dans le cadre du dispositif jeunesse* ;
- à photographier et à filmer mon (mes) enfant(s) durant les activités du dispositif. Les clichés sont destinés à l'usage de la Communauté de communes du Val d'Amboise pour la diffusion sur le site internet, le magazine et les réseaux sociaux communautaires à des fins de valorisation et de communication dans le cercle des actions du service jeunesse et pour la presse locale* ;
- A laisser repartir seul mon (mes) enfant(s) des réunions et des activités du Conseil Communautaire des jeunes* ;

Fait à....., le

Signature des représentants légaux.....



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
 ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER 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 de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES 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 LE JEUNE

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 EULÉS MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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 CLAPÉS :
 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 DU JEUNES

NOM _____ PRÉNOM _____
 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Nombres de téléphone : _____ portable : _____ travail : _____
 Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____
 Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, déclare éciacs 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.
 N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____