

FICHE D'INSCRIPTION

CHANTIERS JEUNES INTERCOMMUNAUX 2019

(A déposer avant le 17 mai 2019)

Conditions de participation: Etre âgé de 14 à 17 ans
Etre domicilié sur la communauté de communes de la
Gascogne Toulousaine (CCGT)
Etre volontaire

✓ Dates des sessions

- Choix par **ordre de préférence obligatoire**, veuillez pour cela numéroter vos choix de 1 à 4
(1 étant votre choix de préférence)

Les candidatures ne comportant pas plusieurs vœux ne seront pas retenues.

Du 08/07 au 12/07	
Du 15/07 au 19/07	
Du 22/07 au 26/07	
Du 29/07 au 02/08	

Nom : Prénom :

Noms des parents si différents :

Père : Mère :

Sexe : Date de naissance :/...../..... Age :

Adresse :

Code postal et ville

Téléphone fixe : Portable :

Mail :

Pièces à fournir :

1. Justificatif de domicile des parents (factures)
2. Photocopie de la carte vitale
3. Assurance (responsabilité civile)
4. Fiche sanitaire complétée
5. Une lettre de motivation (facultative)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Monsieur, Madame.....

agissant en qualité de père / mère / tuteur légal, autorise mon enfant (*nom, prénom*)..... à participer au « **chantier jeunes intercommunaux 2019** » organisé par l' Association API en Gascogne en lien avec la **Communauté de Communes de la Gascogne Toulousaine**.

J'autorise également le responsable de l'opération à **prendre toutes les dispositions nécessaires** pour le bien-être de mon enfant en cas d'accident.

DROIT A L'IMAGE : (*des photos et vidéos peuvent être prises par l'organisateur et/ou la presse*).

J'autorise mon enfant à être pris en photo : oui non

Fait à le / / 2019

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »,

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? 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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

Oui Non

.....

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL :**

TEL PORTABLE

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :**(OBLIGATOIRE)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

A, le/...../2019

Signature,