INSCRIPTION – ESPERANCE JEUNES

Esperance Jeunes Choisis la Vie !	**1. ENFANT** NOM : PRÉNOM : ADRESSE : DATE DE NAISSANCE : NUMERO DE SECURITE SOCIALE : GARÇON ❑ FILLE ❑	PHOTO OBLIGATOIRE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR (cochez le camp choisi) :

❑ **Camp ski n° 1 : du 13 au 19 février** ❑ **Camp ski n°2 : du 21 au 27 février**

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

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 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	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 ❑ MÉDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑
ALIMENTAIRES ❑ non ❑ AUTRES.....

L'ENFANT MOUILLE T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE JEUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

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

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

……
……
……

5 – DECHARGE PARENTALE - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM …… PRENOM ……

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)……

……

TÉL. FIXE : …… TEL PORTABLE 1 : …… TEL PORTABLE 2 : ……

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) ……

Je soussigné …… responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du camp à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

---

6 – ENGAGEMENT MORAL DE L'ENFANT – POUR LE CAMP

Je soussigné .....m'engage à :

- Vivre le camp dans un esprit fraternel, participatif, et respectueux (des personnes, des mesures de sécurité, de la nourriture, de la pudeur de chacun, …) ;
- Remettre mon téléphone portable et tout autre objet connecté à l'équipe d'animateur à mon arrivée au camp et ne pas les utiliser pendant le séjour.
- Ne pas fumer. Toute détention de produits illicites ainsi qu'une attitude jugée inconvenante par le directeur entrainera un renvoi.

Date : Signature du jeune :
