

# INSCRIPTION – ESPERANCE JEUNES



	<b>1. ENFANT</b> NOM : _____ PRÉNOM : _____ ADRESSE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ NUMERO DE SECURITE SOCIALE : _____	PHOTO OBLIGATOIRE
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	

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

- Camp Adomini : du 13 au 19 juillet**                       **Camp Adodei : du 20 au 26 juillet**  
 **Pré-camp spectacle, musique ou sport et nature : du 13 au 26 juillet**

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 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 ARTICUL IRE 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	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	AUTRES .....	

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

.....

.....

.....

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

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

**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, ...) ;
- Ne pas utiliser mon téléphone portable ou tout autre objet connecté pendant le camp ;
- Ne pas fumer. Toute détention de produits illicites ainsi qu'une attitude jugée inconvenante par le directeur entraînera un renvoi.

Date :

Signature du jeune :

---