

INSCRIPTION – ESPERANCE JEUNES



	1. ENFANT 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 12 au 18 juillet Camp Adodei : du 19 au 25 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
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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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	<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 soussigném'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 :
