

# 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

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
--------------	-----------------

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	
<b>OU</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>OU</b> 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,*