OPERATION ETE JEUNES
EDITION 2022

Le jeune

Nom : .....
Prénom : .....
Date De Naissance : .....
Lieu De Naissance : .....
Adresse : .....
Tel : …… Mail : ……@.....
Es-tu sur un réseau social ? ☐ Snap ☐ Tiktok ☐ Insta
☐ Autres : ……

PERE :
Nom /Prénom : .....
Profession : .....
Tel : …… Mail : ……@
Adresse (si différente de celle du jeune) .....
.....

MERE :
Nom Prénom :.....
Profession :.....
Tel : …… Mail : ……@.....
Adresse (si différente de celle du jeune) .....
.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DE LA FAMILLE :
Nom Prénom : .....
Adresse : .....
Tel : ……..

REGIME D'AFFILIATION: (n° et nom allocataire):.....
.....

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :
ORGANISME : .....
ADRESSE : .....
N° de contrat : .....

MEDECIN TRAITANT :
NOM : ……
Tel : ……

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) : ..... demeurant .à.....
Responsable légal de l'enfant : .....

AUTORISE :

- Celui-ci à pratiquer les activités proposées dans le cadre de « opération été jeunes 2022 » mises en place sur la Communauté de Communes du Grand Armagnac.

- L'équipe encadrante de la Communauté de Communes à photographier, à enregistrer la voix ou à filmer mon enfant dans le cadre de ses activités, les images pourront être utilisées au cours d'animations ou diffusées (sans but lucratif)

- Les responsables à prendre toutes mesures d'urgences qu'ils jugeront nécessaires en cas d'accident.

Date : Signature *(Précédée de la mention « lu et approuvé »)*

DECHARGE DE RESPONSABILITE

Responsable légal :

Nom : .....
Prénom :.....
Adresse.....
.....
CP : ..... Ville : .....
Téléphone : ..... / .....
Mail : .....

Le jeune :

Nom : .....
Prénom : .....
Date de Naissance : ... / ..... / .....

Condition de responsabilité :

La responsabilité des personnes encadrant les activités est engagée durant l'amplitude d'accueil du jeune, définie par le projet de l'action.
Les jeunes sont à nouveau sous la responsabilité du responsable légal en dehors de cet accueil.

Le

Signature du **jeune**
(*Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)*

Signature du **représentant légal**
(*Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)*

ATTESTATION PARENTALE DE NATATION

Je soussigné(e), Nom :……
Prénom :……..
(1) Père, Mère, Tuteur légal de l'enfant :

Nom :…… Prénom
:……..

Autorise d'une part, l'enfant précité à participer aux animations aquatiques et terrestres dans le cadre des activités mises en place par le service animation jeunesse.

J'atteste d'autre part, que l'enfant précité est apte à s'immerger, puis à nager au moins 25 mètres sans reprendre pied.

Je déclare prendre connaissance des conditions générales du déroulement des activités proposées par le service animation jeunesse et m'assurer que l'enfant précité fait de même, avec mon aide si nécessaire.

Fait à :……le……
Signature du représentant légal, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »
(1) rayer la mention inutile

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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 ❑ oui ❑ non MÉDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑

ALIMENTAIRES ❑ oui ❑non AUTRES.....

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 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

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 séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ecoprint 01 64 66 3000