



RESERVÉ À VOTRE
MAISON DE QUARTIER

- Attestation d'assurance
- Photocopie vaccins
- Brevet de natation
- Règlement
- Dossier CG49
- Photos

Adhésion / Maison de quartier : _____

Fiche d'inscription

STAGE/SEJOUR _____

Date de Début _____ Date de Fin _____

Organisé par _____

PHOTO

PARTICIPANT

NOM _____ PRENOM _____

Sexe : Masculin Féminin

Age (au 1^{er} jour du séjour) _____ Date de naissance _____

Domicile habituel : chez M. Mme _____

N° _____ Rue _____

Code Postal _____ VILLE _____

Téléphone _____ Portable _____

Adresse e.mail : _____ @ _____

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e) _____,

responsable légal de l'enfant _____

1. autorise mon enfant à participer à toutes les activités du séjour/ stage

2. autorise le directeur du séjour à faire soigner mon enfant, à faire pratiquer les interventions d'urgence éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin et m'engage à rembourser à l'Association organisatrice les prestations médicales, en cas de maladie ou d'accident.

3. m'engage à fournir tous les documents nécessaires le jour du départ et à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle, non remboursés par la Sécurité Sociale.

Fait à Angers, le _____ Signature : _____

DROIT A L'IMAGE :

- J'autorise qu'une image de mon enfant (photo, vidéo) puisse servir à illustrer les activités des Maisons de Quartier citées en-en-tête de la première page.

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Père Mère Tuteur Autre _____

NOM _____ PRENOM _____

Téléphone(s) _____ Portable _____

Profession _____ Téléphone Professionnel _____

Nom de l'Employeur _____

Immatriculation Sécurité Sociale ou Mutuelle Sociale Agricole _____

Adresse de votre Organisme de Rattachement _____

Bénéficiez-vous de la Couverture Médicale Universelle ? Oui Non
 Bénéficiez-vous d'une Mutuelle ? Oui Non

Si oui, laquelle ? _____

Immatriculation CAF _____ Quotient Familial _____

IMPORTANT :

Joindre **impérativement** votre attestation d'assurance de responsabilité civile

VOUS HABITEZ :

- Quartiers St Léonard/Madeleine/Justices
 Quartier du Lac de Maine
 Quartier St Jacques/St Nicolas
 Quartier St Serge

Autre :

Précisez _____

VOUS AVEZ EU L'INFO VACANCES par :

- la Plaquette Accueil Maison de Q.
 le C.I.J. la presse quotidienne
 Bouche à oreille Autre Maison de Q.

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES destinés au Directeur du Séjour**> VACCINATIONS** Préciser la date des derniers rappels :

- . DT Polio / DT Coq / Tétracoq (entourer le vaccin pratiqué) ___/___/___ (obligatoire)
 . BCG ___/___/___
 . Hépatite B ___/___/___
 . Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR) ___/___/___
 . Coqueluche ___/___/___
 . Autres (préciser) : _____

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication ou une décharge des parents.

> RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**Nom et coordonnées du médecin traitant :**

.....
 . Quelles maladies l'enfant a-t-il déjà eu ? _____

. L'enfant est-il allergique ? oui non Si oui, précisez à quoi : _____

Conduite à tenir en cas de crise _____

. 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 marqués qu nom de l'enfant, avec la notice).

. L'enfant fait-il pipi au lit ? oui non

. L'enfant a-t-il des difficultés particulières ? _____

.....
 . L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? oui non

Si oui, lequel ? _____

. S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non

. L'enfant fume-t-il ? oui non

. Recommandations particulières des parents _____
