

Bulletin d'inscription

Séjour de Printemps des jeunes de Moselle
À Eppe-Sauvage (59)
Du dimanche 25 avril au samedi 1 mai 2027



Le participant jeune

Nom

Prénom

Né(e) le
(jj/mm/aaaa)

Sexe (G, F)

Portable
du jeune

N° licence
(6 chiffres)

Nom du club

N° du club
(4 chiffres)

Département (num)

Photo obligatoire

Récente, de bonne qualité,
sans casque ni lunettes de
soleil

Le(s) responsable(s) du jeune

Responsable 1

Responsable 2

Tierce personne
(si parents non joignables)

Lien avec le
jeune

Nom

Prénom

Adresse

Mail

Tél fixe

Portable

Tél bureau

Informations complémentaires

**Médecin
traitant**

Nom et
coordonnées

Divers

Inscrivez ici toute information utile (régimes alimentaires, prescriptions médicales, besoin de beaucoup de sommeil, jeune souhaitant être dans une chambre avec des jeunes calmes, ordonnés, horaires d'accès au téléphone définis par les parents, etc.)

Engagements

**Signature du
moniteur ou
du président
du club**

Pour les jeunes en école cyclo :
les fiches d'inscriptions doivent
être centralisées par le moniteur
ou le président du club afin de
les informer de l'inscription.

Date, signature

Signature du jeune

En apposant ma signature au bas de ce document, je m'engage à :

- Participer au séjour et effectuer les randonnées vélo proposées chaque jour
- Me préparer avant le séjour afin d'avoir une condition physique correcte pour rouler tous les jours
- Préparer mon vélo et son équipement pour que les incidents mécaniques ne perturbent pas mon séjour
- Rouler en ayant un comportement responsable et en respectant les règles de sécurité
- Ne pas amener, ni utiliser d'accessoires dangereux : couteaux, briquets, etc.
- Ne pas amener, ni consommer de produits illicites : tabacs, drogues et alcools
- Être capable de réaliser seul(e) les tâches élémentaires de la vie courante me concernant (hygiène corporelle, gestion de mon linge, habillement)
- Appliquer les consignes fournies par l'équipe d'animation

Date, signature

**Signature du responsable de l'enfant
Je soussigné(e) (prénom, nom) :**

- Autorise mon enfant à participer au séjour correspondant à cette fiche
- Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Autorise le responsable du séjour à effectuer les démarches de sorties d'hôpital ou cabinet médical, suite à des soins ou hospitalisation.
- Autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées (si baignade prévues)
- Autorise mon enfant à être véhiculé par les véhicules de service et cars de location (si transports prévus)
- Droit à l'image. Autorise le COREG Grand Est à utiliser ou faire utiliser ou reproduire ou faire reproduire l'image et la voix de mon enfant. L'organisateur s'engage à ne produire aucune image ni son ambigu et à respecter la convention internationale des droits de l'enfant en toutes circonstances.

Date, signature

Impression de ce dossier : merci d'imprimer
les pages en recto uniquement.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MÉDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

Document 1 - Assurance RC

Déposez ici votre attestation d'assurance en responsabilité civile ou joignez-la en pièce-jointe.

Document 2 - Assurance maladie

Déposer ici votre attestation de droits de l'assurance maladie (votre enfant doit y être indiqué) ou joignez-la en pièce-jointe.
Exemple :

A demander sur ameli.fr

Page 2/2

 LOIRE-ATLANTIQUE

Numéro de l'assuré : 2 7
Nom de l'assuré : STEPHANIE

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 09/03/2021 au 08/03/2022 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	modulation du ticket modérateur
01 441 1103	10	2 77 0	
Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage		n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)	né(e) le/la
G STEPHANIE I		2 77 0	13/C 1
a déclaré un médecin traitant			
GABIN		1 09 1	19/1 1
MARIUS		1 12 1	11/1 1
AGATHE		2 15 06	05/C 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

NIR de votre enfant

Documents 3 – Mutuelle complémentaire

Déposer ici votre attestation d'organisme complémentaire (mutuelle) ou joignez-la en pièce-jointe.

