



JEUNES VERTOIS VENEZ VIVRE UNE JOURNÉE MAGIQUE AU CIRQUE !

JEUNES VERTOIS VENEZ VIVRE UNE JOURNÉE MAGIQUE AU CIRQUE !

**JEUDI 11 JUILLET 2019**

**JEUDI 11 JUILLET 2019**

TARIFS : 20€  
ET 18€ POUR  
LE 2<sup>ÈME</sup> ENFANT  
ISSU DE LA MÊME FAMILLE

DÉPART 7H30  
PLACE DE LA MAIRIE  
RETOUR 18H00

DE 6 À 12 ANS

Renseignements : [scolaire@vertlepetit.fr](mailto:scolaire@vertlepetit.fr)

PRÉVOIR REPAS ET GOÛTER DANS UN SAC À DOS

TARIFS : 20€  
ET 18€ POUR  
LE 2<sup>ÈME</sup> ENFANT  
ISSU DE LA MÊME FAMILLE

DÉPART 7H30  
PLACE DE LA MAIRIE  
RETOUR 18H00

DE 6 À 12 ANS

Renseignements : [scolaire@vertlepetit.fr](mailto:scolaire@vertlepetit.fr)

PRÉVOIR REPAS ET GOÛTER DANS UN SAC À DOS

IPNS - ne pas jeter sur la voie publique

IPNS - ne pas jeter sur la voie publique

**VERT LE  
PETIT** .fr

★ Activités  
**Jeunes!** ★

JUILLET 2019

**VERT LE  
PETIT** .fr

★ Activités  
**Jeunes!** ★

JUILLET 2019

INSCRIPTION EN MAIRIE AVEC FOURNITURE OBLIGATOIRE  
D'UNE ATTESTATION DE RESPONSABILITÉ CIVILE 2018-2019  
**AVANT LE 1<sup>ER</sup> JUILLET 2019**

**ATTENTION : PLACES LIMITÉES !**

**PAS D'INSCRIPTION PAR INTERNET**

Obligation de remplir une fiche sanitaire (disponible en mairie)  
et de communiquer une attestation d'assurance. Les encadrants  
ne prendront pas en charge les enfants sans ces documents.

**AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE**

Je soussigné(e) .....

Autorise mon/mes enfant(s) .....

Age (s) : .....

Adresse mail : .....@.....

Telephone : .....

A participer à :

**La sortie « UNE JOURNÉE AU CIRQUE » À SAINT FARGEAU (89)**

Judi 11 juillet 2019 ( Au programme une journée entière  
dédiée au cirque : visite du cirque,  
ateliers surprise et spectacle !

Autorise mon enfant  
à rentrer seul :  Oui  Non  
Autorisation de publication :  
 Oui  Non

.....  
**Signature** (obligatoire)

IPNS - ne pas jeter sur la voie publique

Les données personnelles recueillies sont réservées à usage unique dans le cadre des activités proposées  
par la municipalité. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès,  
de modification, de rectification de ces données que vous pouvez exercer auprès de la municipalité.

INSCRIPTION EN MAIRIE AVEC FOURNITURE OBLIGATOIRE  
D'UNE ATTESTATION DE RESPONSABILITÉ CIVILE 2018-2019  
**AVANT LE 1<sup>ER</sup> JUILLET 2019**

**ATTENTION : PLACES LIMITÉES !**

**PAS D'INSCRIPTION PAR INTERNET**

Obligation de remplir une fiche sanitaire (disponible en mairie)  
et de communiquer une attestation d'assurance. Les encadrants  
ne prendront pas en charge les enfants sans ces documents.

**AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE**

Je soussigné(e) .....

Autorise mon/mes enfant(s) .....

Age (s) : .....

Adresse mail : .....@.....

Telephone : .....

A participer à :

**La sortie « UNE JOURNÉE AU CIRQUE » À SAINT FARGEAU (89)**

Judi 11 juillet 2019 ( Au programme une journée entière  
dédiée au cirque : visite du cirque,  
ateliers surprise et spectacle !

Autorise mon enfant  
à rentrer seul :  Oui  Non  
Autorisation de publication :  
 Oui  Non

.....  
**Signature** (obligatoire)

IPNS - ne pas jeter sur la voie publique

Les données personnelles recueillies sont réservées à usage unique dans le cadre des activités proposées  
par la municipalité. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès,  
de modification, de rectification de ces données que vous pouvez exercer auprès de la municipalité.



# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

## 1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE

DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRENOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

## DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR 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	DATE 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	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ARTICULAIRE AIGU	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTS 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, OPERATION, REÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

## 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOUS ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non   
 SIL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SEJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S.A. 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) 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 SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES