



ACCUEIL
PARTAGE
INITIATIVE
en Gascogne

FICHE D'INSCRIPTION
CHANTIERS JEUNES
INTERCOMMUNAUX 2022



Dossier à déposer avant le 03 juin 2022

à l'Espace Famille Jeunesse, Espace Famille Animation, Mairie de L'Isle Jourdain ou Police Municipale

Conditions de participation :

Être âgé de 14 à 17 ans
Être domicilié sur la Communauté de Communes de la Gascogne Toulousaine (CCGT)
Être volontaire

Dates des sessions

Vœux par **ordre de préférence obligatoire**, veuillez pour cela numéroté vos vœux **de 1 à 4** (1 étant votre vœu de préférence) et selon vos disponibilités. Merci de renseigner **au minimum 2 vœux**.

Du 11/07 au 15/07	
Du 18/07 au 22/07	
Du 25/07 au 29/07	
Du 01/08 au 05/08	

A remplir en MAJUSCULES

Le Jeune :

Nom : **Prénom :**

Sexe : **Date de naissance :** .../...../..... **Age :**

Portable :

Adresse :

Code postal et Ville :

Mail du jeune en majuscules :

Noms des parents :

Père : **Mère :**

Portable Père : **Portable Mère :**

Mail Parent(s) en majuscules :

Pièces OBLIGATOIRES à fournir :

1. Une lettre de motivation
2. Justificatif de domicile des parents (factures)
3. Photocopie de l'attestation assurance maladie (CPAM)
4. Assurance (responsabilité civile)
5. Fiche sanitaire complétée

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** »

organisé par l'association **Accueil Partage Initiative en Gascogne** du secteur de l'Isle Jourdain 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 / /

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »,

NOM :	PRENOM :
--------------	-----------------

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
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU 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

.....

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
----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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/...../.....

Signature,