ACCUEIL PARTAGE INITIATIVE en Gascogne

FICHE D'INSCRIPTION
CHANTIERS JEUNES
INTERCOMMUNAUX 2023

Gascogne Toulousaine communauté de communes

Dossier à déposer avant le 09 juin 2023
à l'Espace Famille Jeunesse ou à l'Espace Famille Animation

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 numéroter vos vœux **de 1 à 4** *(1 étant votre vœu de préférence) et* selon vos disponibilités. Merci de renseigner au minimum 2 vœux.

Du 10/07 au 14/07	
Du 17/07 au 21/07	
Du 24/07 au 28/07	
Du 31/07 au 04/08	

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**.

Je confirme que j'ai été informé du déroulement et des conditions d'organisation des chantiers. 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

J'autorise mon enfant à partir seul après le chantier : ☐ oui ☐ non

Fait à ……. le ……. / …….. / …….

Une réunion d'information aura lieu le 30 juin à 19h dans les locaux de l'Espace Famille Jeunesse

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »,

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

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

……
……

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

Rubéole ☐ Oui ☐ Non	Varicelle ☐ Oui ☐ Non	Angine ☐ Oui ☐ Non	Coqueluche ☐ Oui ☐ Non	Rhumatisme articulaire aigu ☐ Oui ☐ Non
Oreillons ☐ Oui ☐ Non	Otite ☐ Oui ☐ Non	Rougeole ☐ Oui ☐ Non	Scarlatine ☐ Oui ☐ Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant ou autre :
……
……
……
……

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,