

# FICHE D'INSCRIPTION - SÉJOURS 2024

## Les séjours

Séjour \_\_\_\_\_ du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Séjour \_\_\_\_\_ du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Informations générales sur l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Nom & prénom du représentant légal : \_\_\_\_\_  
N° de tél. du domicile : \_\_\_\_\_ N° de tél. du jeune : \_\_\_\_\_  
N° de tél. en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

### Renseignements divers

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant : \_\_\_\_\_  
Régime Général & fonctionnaire  Pêche maritime  Autres   
A quel nom percevez-vous les allocations ? \_\_\_\_\_  
N° d'Allocataire : \_\_\_\_\_ Lieu de la caisse : \_\_\_\_\_

### Renseignements médicaux

#### VACCINATIONS + copie des vaccins

Date du B.C.G. : \_\_\_\_\_ Date D.T. Polio : \_\_\_\_\_  
Groupe sanguin : \_\_\_\_\_ L'enfant est-il hémophile : \_\_\_\_\_  
Est-il sujet à des malaises particuliers, lesquels ? \_\_\_\_\_

A t-il été victime d'une maladie ou d'un accident particulier ? \_\_\_\_\_

Observations concernant la santé et les habitudes de l'enfant à signaler pour le séjour : \_\_\_\_\_

### Décharge de Responsabilité et Autorisation

Je soussigné(e) Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_

AUTORISE mon enfant à participer aux activités organisées lors du séjour.

AUTORISE le Directeur ou l'animateur de l'Espace Jeunes à transporter mon enfant dans les véhicules de la Ville de Granville (mini-bus, véhicules de fonction, bus) mis à disposition pour les séjours et les activités.

AUTORISE l'Espace Jeunes à utiliser l'image de mon enfant (photos Presse, documents de présentation des activités, ...).

AUTORISE le Directeur ou l'Animateur de l'Espace Jeunes à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

AUTORISE le Chirurgien de l'hôpital à pratiquer toute intervention d'urgence.

M'ENGAGE à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques des soins engagés.

DÉCHARGE le Directeur de l'Espace Jeunes de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir AVANT son arrivée ou APRES son départ de la structure.

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature obligatoire :