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			

Public

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 véhiculer 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.

Public

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

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'arrêté 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
MEDICAMENTEUSES ☐ 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 : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

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.

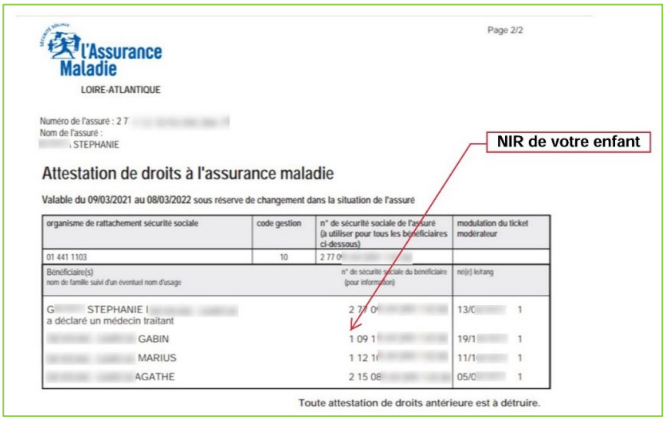
Public

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

L'Assurance Maladie

LOIRE-ATLANTIQUE

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

NIR de votre enfant

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)	rang
G STEPHANIE I a déclaré un médecin traitant	2 77 0	13/C 1
GABIN	1 09 1	19/1 1
MARIUS	1 12 1	11/1 1
AGATHE	2 15 08	05/C 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Public

Document 3 – Mutuelle complémentaire

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

Public

Document 4 – Attestation Sortie de Territoire

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N° 15646*01

AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST)
D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

(article 371-6 du code civil ; décret n° 2016-1483 du 2 novembre 2016 relatif à l'autorisation de sortie du territoire d'un mineur non accompagné par un titulaire de l'autorité parentale ; arrêté du 13 décembre 2016)

1. PERSONNE MINEURE AUTORISÉE À SORTIR DU TERRITOIRE FRANÇAIS

Nom (figurant sur l'acte de naissance) : .....
Prénom(s) : .....
Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_| à (lieu de naissance) : .....
Pays de naissance : .....

2. TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, SIGNATAIRE DE L'AUTORISATION

Nom (figurant sur l'acte de naissance) : .....
Nom d'usage (ex. nom d'épouse/d'époux) : .....
Prénom(s) : .....
Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_| à (lieu de naissance) : .....
Pays de naissance : ..... Nationalité : .....
Qualité au titre de laquelle la personne exerce l'autorité parentale (cocher la case) :
❑ Père ❑ Mère ❑ Autre (préciser) : .....
Adresse : ....
N° (*bis, ter*) Type de voie Nom de la voie
Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....
Pays : .....
Téléphone *(recommandé)* : __ __ /__ __ /__ __ /__ __ /__ __
Courriel *(recommandé)* : .....

3. DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est valable jusqu'au : |_|_|_|_|_|_|_|_| inclus.
Elle ne peut excéder un an à compter de la date de sa signature.
Exemple : une autorisation signée le 1er septembre ne peut excéder le 31 août de l'année suivante.

4. SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations »(1) :
DATE : |_|_|_|_|_|_|_|_| Signature du titulaire de l'autorité parentale :

(1) *Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.*

5. COPIE DU DOCUMENT JUSTIFIANT L'IDENTITÉ DU SIGNATAIRE PRÉSENTÉE À L'APPUI DE L'AUTORISATION (1) :

Type de document (cocher la case) : ❑ Carte nationale d'identité ❑ Passeport ❑ Autre
(Préciser : .....)(2)
Délivré(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_|
Par (autorité de délivrance) : .....

(1) *La photocopie du document officiel justifiant de l'identité du signataire doit être lisible et comporter les nom, prénoms, date et lieu de naissance, photographie et signature du titulaire, ainsi que dates de délivrance et de validité du document, autorité de délivrance.*

(2) *Personne de nationalité française : carte nationale d'identité ou passeport, en cours de validité ou périmés depuis moins de 5 ans ; Ressortissant de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de la Suisse : carte nationale d'identité ou passeport, délivrés par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité, ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA), en cours de validité ; Ressortissant d'un pays tiers à l'Union européenne : passeport délivré par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA) ou titre d'identité et de voyage pour réfugié(e) ou pour apatride, en cours de validité.*

RAPPEL : « La présente autorisation n'a pas pour effet de faire échec aux mesures d'opposition à la sortie du territoire (OST) ou d'interdiction de sortie du territoire (IST). Si votre enfant fait l'objet d'une mesure d'interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents, il doit justifier de l'autorisation prévue à l'article 1180-4 du code de procédure civile. »

Public

Document 5 – Attestation « Savoir-Nager »

Public