

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

*Je soussigné responsable légal de l'enfant déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon enfant à participer au séjour neige organisé par la MJC de Saïx, la communauté des communes Sor/Agout. **Je déclare avoir souscrit une assurance responsabilité civile et individuelle accident. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.***

Date : Signature des parents
Faire précéder la signature de la mention « Lu et approuvé »

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....

Renseignements / inscriptions

MJC SAIX 05-63-74-82-29 / mail: accueil@mjc-saix.fr

Communauté des Communes Sor Agout 07-62-03-82-37 / mail: julien.fraysse@communautesoragout.fr



Séjour **Neige**

- Du lundi **25 février** au vendredi **01 mars 2019**
- Hébergement au chalet d'Artagnan Saint Lary Soulan 1700
- Station : **Domaine Saint Lary Soulan**
Ski alpin, Snow, jeux, etc....

Dossier d'inscription

Nom / prénom:.....

Taille: Pointure: Poids.....

Ski ou Surf et niveau:

Date de naissance:.....

Régime alimentaire:.....

Adresse:

Code postal ville.....

N° de téléphones:.....

Adresse e-mail:

N° allocataire CAF/MSA:.....

Modalités d'inscription

- L'inscription de votre enfant est effective lorsque le dossier est complet (*documents et paiement à retourner à la MJC ou à la Communauté des Communes Sor/Agout*)
- **Documents à fournir :**
 - copie carnet vaccination
 - copie avis imposition 2017 et/ou numéro d'allocataire CAF
 - copie attestation carte santé et mutuelle et copie assurance extra-scolaire
 - Un chèque d'acompte de 75€ à la réservation (*valable pour inscription à la MJC*)

Réunion d'information séjour mercredi 06/02/2019 à 18h30 à la CCSA

TARIFS PARTICIPATION

Tarifs en fonction du revenu imposable (QF: revenu net imposable/nombre de parts/12)

- Tarif A: 210€ (QF≤500€)
 Tarif B: 250€ (501<QF<700€)
 Tarif C: 280€ (701<QF<900€)
 Tarif D: 310€ (901€< QF<1099€)
 Tarif E: 340€ (QF≥1100€)

Extérieur à la Comm.unauté de Communes SOR & AGOUT: supplément de 30€ au tarif final

Autres déductions possibles :

Autres : €

Total à régler €

VISITE MÉDICALE.

Je soussigné Docteur.....

atteste que : ne présente aucune maladie contagieuse pour la vie en collectivité. Il est également apte à la pratique du ski , du surf et autres activités physiques et sportives.

Observations:.....

Fait à :, le:

Cachet et Signature:



MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
 Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - Date de l'inscription au centre :
 Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant ; elle évite de vous démunir de votre carnet de santé.

Groupe sanguin:

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES 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**? 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.**

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

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

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non
 ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

.....

