

➤ L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : F M

➤ RESPONSABLE DE L'ENFANT 1

Père Mère Autre :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Portable (Obligatoire) : Tel. Domicile :

Adresse e-mail (**Obligatoire**) :

Personnelle :

Professionnelle :

DEPARTEMENT DU LIEU DE TRAVAIL :

VOTRE CODE MINISTERE :

VOTRE CATEGORIE : A B C

VOTRE POSITION : ACTIVE RETRAITEE

➤ RESPONSABLE DE L'ENFANT 2

Père Mère Autre :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Portable (Obligatoire) : Tel. Domicile :

Adresse électronique :

➤ SEJOUR

Lieu et nom du séjour : **MONTAGNE NATURE A HAUTELUCE**

Date : **du dimanche 21 avril au samedi 27 avril 2024**

Transport départ* : Transport retour* :

*Ville de transport possible : Dijon, Mâcon, Besançon, Belfort-Montbéliard, Lyon.

➤ **DOCUMENT OBLIGATOIRE A RETOURNER**

- La présente fiche d'inscription,
- La fiche sanitaire ci jointe,
- Un certificat de vaccinations à jour ou la copie des pages vaccins du carnet de santé,
- La copie du dernier avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022, **sur lequel est rattaché l'enfant.**
- La charte du participant ci jointe,

➤ **DOCUMENT A RETOURNER (FACULTATIF)**

- Des recommandations particulières à l'attention du directeur (médicales, alimentaires, etc.),

➤ **DROIT A L'IMAGE**

J'AUTORISE

JE REFUSE

La diffusion de l'image de mon enfant, sur nos supports de communication, papier et informatique, pour la présentation des blogs et/ou l'illustration de séjours futurs, et cela sans limitation de durée. Les autorisations non-cochées seront considérées comme acceptées.

Je soussigné (e) _____ responsable légal(e) de l'enfant autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité.

Lu et approuvé,

Le, _____ à _____

Signature obligatoire



INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

1 – ENFANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

LIEU DE NAISSANCE (VILLE + DÉPARTEMENT) :

N° DE SECURITE SOCIALE DU PARENT :

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

2 – VACCINATIONS

JOINDRE LA COPIE DES PAGES VACCINS DU CARNET DE SANTE

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION (liste des vaccins obligatoires : DIPHTERIE, TETANOS, POLIOMYELITE ou DTP)

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

TEL PORTABLE TEL FIXE TEL BUREAU

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES



DJURINGA JUNIORS

46 bis rue Louis Aulagne – 69600 OULLINS

Tel : 04 78 23 23 46 Fax : 04 78 23 10 90

Mail : contact@djuringa-juniors.fr site Web : <http://www.djuringa-juniors.fr>

OBSERVATIONS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cette chartre a pour rôle de préciser les règles à respecter par tous, afin que chacun puisse profiter pleinement de son séjour organisé par Djuringa Juniors. Cette chartre pose les conditions de succès d'un séjour fondé sur le partage d'un moment de vie en commun. Elle rappelle les comportements favorisant la réussite d'un séjour et ceux qui le mettent en cause. Une telle réussite ne peut être le résultat que d'un engagement et d'une collaboration de chacun à respecter certaines règles.

Je m'engage en ce sens à :

- **Respecter durant le séjour :**
 - les autres participants et l'ensemble du personnel d'encadrement ou travaillant sur le centre
 - les consignes données par l'équipe d'animation,
 - le lieu d'accueil et son environnement.
- **Participer aux tâches de la vie quotidienne** (dans la bonne humeur... !) : rangement de la chambre/tente, mise du couvert, aide au service, débarrassage, etc. et selon les séjours (itinérants ado) à l'aide aux courses, à la préparation des repas, la vaisselle, etc.
- **Être acteur de mon séjour** (selon maturité du jeune) : participer aux activités proposées, donner des idées, m'impliquer dans le choix d'autres activités si besoin.

SPÉCIFICITÉS CONCERNANT LES ADOLESCENTS :

- Être **responsable de mon téléphone portable** et l'utiliser selon les **règles définies sur le centre** (horaires et lieux définis). Rappel : aucun remboursement ne sera effectué en cas de perte, détérioration ou vol.
- Ne **diffuser aucune photo ni vidéo sur les réseaux sociaux** sans l'accord des personnes concernées.
- Respecter les **consignes relatives à la consommation de la cigarette** (horaires, lieux et fréquence). À noter que seuls les jeunes de plus de 14 ans ayant un accord écrit de leur responsable légal pourront être autorisés à fumer. D'autre part, certains centres accueillant des plus jeunes enfants sont exclusivement non-fumeur.
- **Exclure** en particulier et sans réserve tout usage de **produits illicites**, d'**alcool** et bannir tous **comportements violents** (verbaux et physiques), agression à travers l'image (photo ou vidéo prise à l'insu des intéressé(e)s).

Le non-respect de l'un des points cités précédemment entrainera selon les cas :

- Un simple rappel à l'ordre oral,
- Un avertissement auprès des parents ou du responsable légal,
- Un rapatriement (l'intégralité des frais relatifs au rapatriement sont à la charge de la famille)
- Un rapatriement et un dépôt de plainte (cas graves : agression, diffusion de photos ou de vidéos dégradantes sur les réseaux sociaux...)

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance de la « Charte du participant » ci-dessus. Je m'engage à en respecter les différents points et à faire en sorte que le séjour se déroule au mieux pour les autres participants, pour l'équipe d'animation comme pour moi-même.

Signature des parents/responsables

Signature du participant (12 ans et plus).