

BULLETIN D'INSCRIPTION

Si vous inscrivez votre enfant à plusieurs séjours

MERCI DE COMPLÉTER 1 BULLETIN PAR SÉJOUR ET PAR ENFANT



INFORMATION

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : Garçon Fille Né(e) le : / /

Mon enfant bénéficie d'un PAI : Oui Non

FAMILLE - RESPONSABLE LÉGAL

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Email : _____

ADRESSE POUR L'ENVOI DES DOSSIERS SI DIFFÉRENTE DE CELLE DE LA FAMILLE

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

SÉJOUR 2026

Nom de séjour : _____ Date du séjour : du /07 / 2026 au / 07 / 2026

Train au départ/retour de Lons : Oui Non

Est-ce un 1er départ en séjour ? Oui Non

Inscription faire sur l'accueil de loisirs de : _____

AIDES

Bénéficiez-vous d'une aide aux vacances à partir du 01/01/2026 ? Oui Non

Numéro d'allocataire CAF / MSA : _____

Aide employeur ou Comité d'Entreprise Oui Non

L'enfant est-il placé par l'Aide Sociale Oui Non

Demande d'aide JPA Oui Non

N'hésitez-pas à contacter les Francas du Jura pour plus de renseignement

DROIT À L'IMAGE

Autorise l'organisateur à la reproduction, la publication et à diffusion d'images de mon enfant :

Sur des support en ligne à usage interne (padlet) Oui Non

Sur tout autres supports de communication Oui Non

Je soussigné(e) accepte les modalités de fonctionnement et d'inscription du séjour et certifie exact les renseignements portés sur ce bulletin. Je m'engage à fournir tous les documents nécessaires à la facturation (bon VACAF, chèques vacances...) à compléter tous les renseignements utiles au bon déroulement du séjour et à régler le solde du séjour avant le départ.

Date: / / Signature : _____

A : _____



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Document confidentiel

Joindre OBLIGATOIREMENT une copie du carnet de vaccination

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : Garçon Fille Né(e) le : / /

Régime alimentaire : Oui Non Si oui, lequel :

VACCINATION

| Vaccins obligatoires | Oui/Non | Date du dernier rappel | Vaccins recommandés | Dates |
|----------------------|---------|------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | Oui/Non | | Hépatite B | |
| Tétanos | Oui/Non | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | Oui/Non | | Coqueluche | |
| | | | Autres (préciser) | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical régulier durant l'année ? Oui NonUn PAI a-t-il été signé : Oui Non

Médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec ordonnance à jour

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

| | | | | | | | |
|-----------------------------|---------|-----------|---------|-----------|---------|------------|---------|
| Rubéole | Oui/Non | Varicelle | Oui/Non | Angine | Oui/Non | Coqueluche | Oui/Non |
| Otite | Oui/Non | Rougeole | Oui/Non | Oreillons | Oui/Non | Scarlatine | Oui/Non |
| Rhumatisme articulaire aigu | | | Oui/Non | | | | |

Allergie

| | | | | | |
|--------|---------|--------------|---------|-----------------|---------|
| Asthme | Oui/Non | Alimentaires | Oui/Non | Médicamenteuses | Oui/Non |
| Autres | | | | | |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation ect.)

L'enfant mouille-t-il sont lit ? Oui Non Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? Oui Non

RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfants porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives/dentaires... ?

RESPONSABLE LÉGAL 1

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Email :

RESPONSABLE LÉGAL 2

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Email :

MÉDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Email :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire au vue de l'état de santé de l'enfant.

Date: / /

A :

Signature :