

Séjour :

- du 08 au 12 juillet 2024
- du 15 au 19 juillet 2024
- du 22 au 26 juillet 2024
- du 26 au 30 août 2024

# FICHE D'INSCRIPTION

## Vacances éducatives

Fiche d'inscription à retourner à **Ligue de l'enseignement FOL 70** Service Loisirs Educatifs  
7 rue de la Corne Jacquot Bournot 70000 NOIDANS-LES-VESOUL ☎ 03 84 75 95 85  
[inscriptionscoloapprenantes70@gmail.com](mailto:inscriptionscoloapprenantes70@gmail.com)

### REEMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT

NOM : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : ..... Âge : .....

Photo de l'enfant

### PRESCRIPTEUR

Tampon

Contact ..... Tel.....  
Mail.....

### INSCRIPTION DE L'ENFANT CI-DESSOUS\* - AUTORISATION PARENTALE :

- Je soussigné(e)..... Père, mère, tuteur, demande à la Ligue de l'enseignement FOL 70 d'accueillir mon enfant au séjour de vacances éducatives à NOIDANS-LE-FERROUX et autorise celui-ci à participer aux activités.
- Autorisation de publication d'une photographie : J'autorise l'accueil de loisirs éducatifs à utiliser, pour la presse et pour le centre, la photographie de mon enfant
- J'autorise le directeur -trice à transporter mon enfant dans son véhicule personnel en cas de besoin exceptionnel.

Fait à ....., le .....  
Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé » Signature,

### RUBRIQUE OBLIGATOIRE

Allocataire  CAF, n°.....  
 MSA, n°.....  
 Autre (précisez) ....., n°.....  
Profession du père.....  
Profession de la mère.....  
Médecin traitant (nom et téléphone).....

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

### VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de l'enfant, joindre une copie)

Vaccins obligatoires	Oui/Non	Dates derniers Rappels	Vaccins recommandés	Oui/Non	Dates derniers Rappels
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole		
Rubéole			Oreillon		
Poliomyélite			Rougeole		
Oreillon			Coqueluche		
Ou DT poli			Rougeole		
Ou Tétracoq			BCG		
Coqueluche			Autre (précisez)		

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leurs emballages d'origines marqués au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

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

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

## ALLERGIES :

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, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

## RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ..., précisez

N'hésitez pas à donner tout complément d'information que vous jugerez utile.

Je soussigné(e), ..... responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

## REPRESENTANTS :

NOM, Prénom

Adresse

CP ..... Ville .....

n° téléphone domicile .....

n° téléphone travail représentant 1 ..... n° téléphone travail représentant 2 .....

n° portable représentant 1 ..... n° portable représentant 2 .....

Mail représentant 1 ..... mail représentant 2 .....

## Aides financières :

Ces vacances éducatives sont ouvertes à tous, en revanche les aides financières ne sont accordées que sur les critères suivants :

- Enfant accompagné par la protection de l'enfance (joindre un justificatif)
- Enfant en situation de handicap (joindre un justificatif)
- Famille vivant en quartiers prioritaires
- Famille vivant en zone rurale
- Famille en situation socio-économique précaires (quotient familial de la Caisse d'allocations familiales (CAF) compris entre 0 et 1500) (Joindre un justificatif)

**+ PASS COLO** : de 200 € à 350 € pour les familles ayant un QF  $\leq$  1 500, dans l'année des 11 ans de l'enfant (à partir de la date anniversaire)

Cependant pour les familles qui ne répondent pas aux critères ci-dessus, la JPA peut vous apporter des aides, nous vous encourageons à prendre contact avec nous pour le montage du dossier



# AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER ET DE FILMER

Je soussigné(e), NOM ..... Prénom .....

Demeurant,

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

Agissant en qualité de,  
*Cocher la case correspondante*

Père  Mère  Tuteur

**Autorise** l'équipe d'encadrement et l'organisateur du séjour, .....

Du ..... au .....

A photographier et à filmer l'enfant .....

**Autorise** la Ligue de l'Enseignement Fédération de Haute-Saône organisateur du séjour à représenter, sans limitation de durée, la ou les photographies ou film pris pour les usages suivants :

Publications nationales, régionales et départementales de la Ligue de l'Enseignement Fédération de Haute-Saône

Présentations sur des blogs/pages Facebook ou autres sites internet édités par la Ligue de l'Enseignement Fédération de Haute-Saône et de ses partenaires.

Fait à .....

Le .....

Signature des responsables légaux du participant

- Ce document rempli et signé
- Attestation de CPAM et Mutuelle
- Attestation CAF
- Copie des vaccinations à jour (carnet de santé)
- Ordonnance médicale (si prise de médicaments)
- Règlement à l'inscription:(chèque, espèces, ANCV, CESU)
- Attestation de prise en charge JPA, département, ASE...