



**FICHE D'INSCRIPTION**  
**CHANTIERS JEUNES**  
**INTERCOMMUNAUX 2022**



**Dossier à déposer avant le 03 juin 2022**

à l'Espace Famille Jeunesse, Espace Famille Animation, Mairie de L'Isle Jourdain ou Police Municipale

**Conditions de participation :**

Être âgé de 14 à 17 ans  
Être domicilié sur la Communauté de Communes de la Gascogne Toulousaine (CCGT)  
Être volontaire

**Dates des sessions**

Vœux par **ordre de préférence obligatoire**, veuillez pour cela numéroté vos vœux **de 1 à 4** (1 étant votre vœu de préférence) et selon vos disponibilités. Merci de renseigner au minimum 2 vœux.

Du 11/07 au 15/07	
Du 18/07 au 22/07	
Du 25/07 au 29/07	
Du 01/08 au 05/08	

**A remplir en MAJUSCULES**

**Le Jeune :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Sexe :** ..... **Date de naissance :** .../...../..... **Age :** .....

**Portable :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal et Ville :** .....

**Mail du jeune en majuscules :** .....

**Noms des parents :**

**Père :** ..... **Mère :** .....

**Portable Père :** ..... **Portable Mère :** .....

**Mail Parent(s) en majuscules :** .....

**Pièces OBLIGATOIRES à fournir :**

1. Une lettre de motivation
2. Justificatif de domicile des parents (factures)
3. Photocopie de l'attestation assurance maladie (CPAM)
4. Assurance (responsabilité civile)
5. Fiche sanitaire complétée

## **AUTORISATION PARENTALE**

**Je** soussigné(e), Monsieur, Madame.....

agissant en qualité de père / mère / tuteur légal, autorise mon enfant (*nom, prénom*)

..... à participer au « **Chantier Jeunes intercommunaux** »

organisé par l'association **Accueil Partage Initiative en Gascogne** du secteur de l'Isle Jourdain en

lien avec la **Communauté de Communes de la Gascogne Toulousaine**.

J'autorise également le responsable de l'opération à **prendre toutes les dispositions nécessaires** pour le bien-être de mon enfant en cas d'accident.

**DROIT A L'IMAGE** : (*des photos et vidéos peuvent être prises par l'organisateur et/ou la presse*).

J'autorise mon enfant à être pris en photo :       oui       non

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

*Signature précédée de la mention « lu et approuvé »,*

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

**1- VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>OU</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>OU</b> Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
*Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.*

**2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

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.**

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :**

- ASTHME  Oui  Non
- ALIMENTAIRES  Oui  Non
- MEDICAMENTEUSES  Oui  Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...)  Oui  Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

.....  
 .....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

Oui  Non

.....  
 .....

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	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu
--	--	---	---	--------------------------------

Oreillons <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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--	---	---	---

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

### **3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

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

### **4 – RESPONSABLE DU MINEUR :**

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**TEL DOMICILE** ..... **TEL TRAVAIL :** .....

**TEL PORTABLE** .....

**NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :** .....

**N° SECURITE SOCIALE** (dont dépend l'enfant) : .....**(OBLIGATOIRE)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

A .....,

le ...../...../.....

*Signature,*