



# Fiche d'inscription Jeunesse - SEJOUR SURF 2024

## 1. IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ..... à : ..... Département : .....

Adresse Principale : .....

N° Sécurité sociale : .....

## IDENTITE DU REPRESENTANT LEGAL

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Adresse Principale si différente: .....

Numéro de téléphone : .....

## 2. RÉGIME DE COUVERTURE SOCIAL

Numéro de sécurité sociale : .....

Régime général, n° allocataire CAF : ..... et Quotient Familial : .....

Régime MSA, n° allocataire MSA : .....

## 3. DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e) de : .....

autorise l'organisateur à photographier et/ou filmer mon ou mes enfants(s).

oui  non

autorise l'organisateur à utiliser les photos pour les supports de communication (site internet, brochures, expositions, ...)

oui  non

## 4. ASSURANCE EXTRA-SCOLAIRE

Nom de l'assureur : ..... N° de contrat : .....



## 5. AUTORISATION

Mon enfant est autorisé à repartir seul de la structure :

oui  non

Mon enfant est autorisé à repartir avec des personnes autres que les parents / responsables légaux :

Nom : ..... Prénom : ..... Lien : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Lien : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Lien : ..... Téléphone : .....

Je soussigné(e) ....., Responsable de l'enfant ....., atteste :

Avoir pris connaissance du règlement intérieur et des tarifs de l'Accueil de Loisirs et m'engage à respecter ceux-ci.

Avoir souscrit à une assurance extra-scolaire pour mon ou mes enfant(s)

Accepter de recevoir les informations de l'association par mail

A :

Le :

Signature :

### Pièces à fournir :

- Fiche Sanitaire de liaison **Signée**
- Photocopie carnet de vaccination
- Assurance extra-scolaire
- Certificat médical pour la pratique du sport
- Test anti-panique
- Photocopie carte vitale



## INSCRIPTION AUX ACTIVITES :

Cocher les cases correspondantes

SEJOUR SURF	
Du 08 au 12 juillet 2024 – 10/13 ans	
Du 15 au 19 juillet 2024 – 14/17 ans	

Les thématiques sont susceptibles d'être modifiées. Le choix du site d'accueil peut être modifié en fonction du nombre de jeunes inscrits

# MODALITES DE PARTICIPATION

## 1- ENGAGEMENTS DES PARTICIPANTS

Chaque **jeune** ainsi que **ses représentants légaux** participants au projet s'engagent à :

- Avoir l'âge requis selon le séjour choisi
- Être adhérent à l'association la MJC d'AMBOISE
- S'acquitter des démarches administratives (assurance, papier d'identité, certificat médical, etc.)
- Régler le solde du séjour au plus tard une semaine avant le départ
- Fournir la fiche sanitaire ci-jointe
- Participer activement à toutes les réunions de préparation
- Participer à au moins 2 actions d'autofinancement (cf calendrier des actions)

## 2- ENGAGEMENTS DE LA MJC D'AMBOISE

Dans le cadre de son accompagnement de projet jeunes, la MJC d'AMBOISE s'engage à :

- Transmettre toutes les informations nécessaires aux participants pour garantir le bon déroulé du séjour
- Recruter les animateurs ou professionnel formés pour accompagner les jeunes pendant le séjour
- S'acquitter des démarches de recherches de financement afin de respecter le budget annoncé aux familles
- Animer toutes les réunions de préparation en y apportant du contenu en cohérence avec le projet, les envies et besoins des jeunes
- Organiser la valorisation du projet après le séjour
- Accompagner les jeunes sur d'autres envies individuelles et/ou collectives dans le cadre de sa labellisation Information Jeunesse.

SIÈGE SOCIAL | 1 RUE REMY BELLEAU - 37400 AMBOISE | 02 47 57 29 56

ETHIC ETAPES ILE D'OR | 1 RUE COMMIRE - 37400 AMBOISE | 02 47 30 60 90



Le paiement du séjour doit s'effectuer auprès des différents accueils de l'association et non auprès des animateurs. Aucun remboursement possible sauf pour des raisons médicales ou de forces majeures, le séjour sera entièrement remboursé sur présentation d'un justificatif valide (certificat médical, annonces officielles gouvernementales.).

## ENGAGEMENT

Nous certifions avoir lu le document de présentation du projet de séjour surf 2024 en comprendre et en accepter tous les termes et engagements.

Fait le ..... à .....

Nom, prénom et  
Signature du jeune

Nom, prénom et  
Signature du responsable  
légal

Nom, prénom et  
Signature de  
l'animatrice



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

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

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  
Précisez .....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

### 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

### 4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : ..... TEL : .....  
PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : ..... TEL : .....  
PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

### 5- PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER LE MINEUR

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

LIEN AVEC LE MINEUR : ..... TEL PORTABLE : .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

LIEN AVEC LE MINEUR : ..... TEL PORTABLE : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :



Le paiement du séjour doit s'effectuer auprès des différents accueils de l'association et non auprès des animateurs. Aucun remboursement possible sauf pour des raisons médicales ou de forces majeures, le séjour sera entièrement remboursé sur présentation d'un justificatif valide (certificat médical, annonces officielles gouvernementales.).

## ENGAGEMENT

Nous certifions avoir lu le document de présentation du projet de séjour surf 2024 en comprendre et en accepter tous les termes et engagements.

Fait le ..... à .....

Nom, prénom et  
Signature du jeune

Nom, prénom et  
Signature du responsable  
légal

Nom, prénom et  
Signature de  
l'animatrice