



MRJC Bourgogne-Franche-Comté  
18 rue Mégevan, 25000,  
Besançon  
06.49.60.92.32  
campmrjc.bfc@gmail.com

# DOSSIER INSCRIPTION

*A renvoyer au plus tard le 25 juin 2021*

## SEJOUR

NOM du séjour :  
LIEU DU SEJOUR :  
DATES :

## LE PARTICIPANT.E

NOM : ..... PRENOM : .....  
DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....  
SEXE :  M  F  
NATIONALITE : .....  
NOMBRE DE FRERES ET SŒURS : .....  
PAIEMENT POUR LE CAMP **50 €** :  Chèque  Chèque vacances CAF  Liquides  
RECOMMANDATIONS : (traitement médical, allergies, culte, argent de poche...)  
**\* Tout traitement doit impérativement être accompagnés d'une ordonnance médical**  
.....  
.....  
.....

## PARENTS OU RESPONSABLE (MÊME SI MAJEUR)

NOM DU PERE : ..... NOM DE LA MERE : .....  
PROFESSION : ..... PROFESSION : .....  
ADRESSE : ..... ADRESSE : .....  
TELEPHONE : ..... TELEPHONE : .....  
ADRESSE DURANT LE SEJOUR (si différente) :  
.....  
.....  
Sécurité sociale (ou autre) Caisse de : .....  
N°immatriculation couvrant l'enfant : .....  
Allocations Familiales, Caisse de : .....  
Assurance responsabilité civile concernant l'enfant : ..... Compagnie : .....  
Adresse :  
.....

## EN CAS D'ABSENCE

PREVENIR Mr ou Mme : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) ..... autorise mon enfant.....  
A participer à toutes les activités du séjour organisées par le MRJC et certifie que mon enfant est assuré au titre de l'assurance de personne. J'autorise le directeur du séjour à faire pratiquer toute intervention chirurgicale ou thérapeutique jugée urgente par le médecin.  
 J'autorise les responsables du séjour à transporter mon enfant en voiture  
 J'autorise le MRJC à prendre mon enfant en photo durant le séjour et à utiliser ces photos pour les supports du mouvement (revues, cdrom, site internet, facebook...)  
Fait à ..... Le .....  
Signature :



## 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  
 MEDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 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 des 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 : .....

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 :