



## Dossier d'inscription Echange franco-allemand – du 7 au 12 mai 2024 à Azay-le-Ferron

(départ de Tours le 7 mai en fin de journée ou arrivée directement à Azay-le-Ferron)

ATTENTION : les inscriptions seront enregistrées selon leur ordre

d'arrivée

**Nombre de places limité à 25**

### Identité du participant

Nom du participant :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Sexe : M F

Numéro de téléphone du participant :

Adresse email du participant :

Régime alimentaire :

Numéro de Sécurité sociale :

Pour les mineurs	Pour les majeurs
NOM, prénom du responsable légal :	Personne à prévenir en cas d'urgence :
Adresse :	
CP, Ville :	
Téléphone :	
Email :	
Personne à prévenir en cas d'urgence : (si différent du responsable légal, merci d'indiquer le nom, prénom, numéro de téléphone et adresse mail)	

### Documents à fournir

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorisation manuscrite du représentant légal (ci-dessous)</li> <li>- Fiche sanitaire de liaison (ci-dessous) avec photocopie du carnet de vaccination</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cette fiche d'inscription signée (ci-dessous)</li> </ul> |
|--|---|

### Tarifs et conditions :

La participation s'élève à **50€ (grâce à la participation de l'OFAJ et des Régions)**. Le paiement peut s'effectuer par chèque au nom de la Ligue de l'enseignement – Fédération de l'Indre ou par virement sur le compte de la Ligue de l'Enseignement

IBAN FR76 1027 8372 1400 0131 0790 190

BIC CMCIFR2A

Merci d'indiquer le nom et prénom du jeune dans l'objet du virement

### Autorisation parentale (pour les mineurs)

Je soussigné.e.....autorise mon fils/ma fille..... à participer au séjour franco-allemand du 7 au 12 mai 2024 à Azay-le-Ferron (36).

#### Droit à l'image

J'autorise l'équipe d'encadrement à prendre mon enfant en photo ou en vidéo. L'utilisation de ces images servira à promouvoir les actions des organisations participantes sur les réseaux sociaux, les sites internet, les documents de communication de la Ligue de l'Enseignement 36 et de Europäische Jugendbildungsstätte Magdeburg

OUI / NON

Nom, date et signature du (des) parent(s), tutrice ou tuteur légal(e)

### Signature

Par ma signature, je confirme les informations contenues dans ce document et ma participation au projet ci-dessus

### Signature du participant :

Ce projet est financé par l'Office franco-allemand pour la jeunesse, la région Centre-Val de Loire et la Chancellerie d'État de Saxe-Anhalt. Le projet est coordonné par la Ligue de l'Enseignement – Fédération de l'Indre et le Centre européen d'éducation des jeunes de Magdebourg.

Le séjour est déclaré à la Direction Régionale Académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES) dans le cadre d'un accueil collectif de mineurs. Il est encadré par des animateurs diplômés.

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON (pour les mineurs)

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA DÉTRUITE À LA FIN DU SÉJOUR.

### 1. ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES 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.)

---

---

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON - OUI - OCCASIONNELLEMENT

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON - OUI

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

---

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation

Date :

Signature :