

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Formulaire à détacher
et nous transmettre avec
la fiche sanitaire au dos



Nom et prénom parent ou tuteur :

.....

Adresse complète :

.....

Courriel:

Téléphone :

Autre numéro à contacter en cas d'urgence :

.....

N° Allocataire CAF (obligatoire) :

C.A.F. d'appartenance :

CAF du Bas-Rhin MSA Strasbourg

Autre C.A.F. :

Quotient Familial mensuel :

SOUHAITE INSCRIRE,

Nom et prénom de l'enfant :

.....

Date de naissance :

Sexe : M F

aux activités mentionnées ci dessous.

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire

Nom de la compagnie :

N° téléphone :

N° contrat :

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités :

Oui Non

TARIFS

Quotient Familial	0 à 700	701 à 950	951 à 1250	1251 à 1500	1501 à 2000	2001 et +
Camp 100% Danse	55€	70€	85€	100€	125€	150€
Camp 100% Nature	30€	45€	60€	75€	100€	125€

Camp	Dates	Montant en fonction du quotient familial	A cocher
100% Danse	Du 8 au 12 juillet 2024		
100% Nature - Sport plein air	Du 8 au 12 juillet 2024		
100% Nature - Trappeur	Du 15 au 19 juillet 2024		
100% Nature - Explorateur	Du 22 au 26 juillet 2024		

Carte de membre obligatoire, valable une année scolaire (jusqu'au 31 août 2024).

Si votre carte de membre est déjà réglée depuis le 1er septembre 2023, ne pas tenir compte de ce tarif.

5€ (carte de membre)

12€ (carte famille)

pour les familles avec plusieurs membres inscrits

TOTAL

Règlement :

- Par chèque à l'ordre d'Horizons Jeunes
- Par chèque ANCV
- En espèces
- Par virement bancaire
- Encaissement différé:

Après lecture des conditions générales d'inscription, j'adhère sans aucune restriction (conditions consultables sur www.horizonsjeunes.fr)

Date et signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Nom et prénom Fille
date de naissance Garçon

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par l'association Horizons Jeunes. Elle évite de vous munir du carnet de santé de votre enfant.

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

Joindre obligatoirement une photocopie des vaccins. SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Vaccins obligatoires		derniers rappels	Vaccins recommandés		dates
Diphtérie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Hépatite B		.....
Tétanos	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Rubéole-Oreillons-Rougeole		.....
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Coqueluche		.....
ou DT Polio	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Autre : .....		.....
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....	Autre : .....		.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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.

Suit-il un régime alimentaire ? oui non Si oui, végétarien sans porc autre :

A-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

- Asthme oui non
- Alimentaires oui non
- médicamenteuses oui non
- crème solaire oui non
- anti-moustique oui non
- autres oui non

(animaux, plantes, pollen...)

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- Rubéole oui non
- Varicelle oui non
- Angine oui non
- Scarlatine oui non
- Coqueluche oui non
- Otite oui non
- Rougeole oui non
- Oreillons oui non
- Rhumatisme oui non
- articulaire aigu

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Est-il atteint de troubles de la santé ou de handicap ? oui non
Si oui, précisez :

Indiquez ci-après les problèmes de santé particuliers qui nécessitent la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? A-t-il des difficultés de sommeil, des problème d'énurésie nocturne, des problèmes comportementaux, etc... ? oui non

Si oui, précisez :

LE(S) RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Nom Prénom :

Adresse pendant l'activité :

téléphone en cas d'urgence : autre téléphone :

Nom du médecin traitant : téléphone du médecin traitant :

N° de sécurité sociale du parent auquel l'enfant est rattaché (obligatoire) :

Je soussigné, 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.

Fait le à
Signature :