

**FICHE D'INSCRIPTION**  
**Actions « Enfance et Jeunesse » de Chartres métropole**  
**pour les vacances d'été 2019**

**L'inscription aux actions « Enfance et Jeunesse » de la Communauté d'Agglomération Chartres métropole se fait à partir du mercredi 15 mai 2019 (sous réserve de places disponibles). Le paiement est à joindre à cette inscription et impliquera obligatoirement une facturation, que l'enfant ait été présent ou non.**

Pour les périodes suivantes, une nouvelle fiche d'inscription sera à retirer dans les accueils de loisirs ou au Guichet Unique, 32 Bd Chasles à Chartres, ou aux P.E.P 28, 83 rue de Fresnay à Chartres ou à l'Assoc. Val de l'Eure, 2 rue du Général de Gaulle à Saint-Georges-sur-Eure ou sur le site internet [www.lespep28.org](http://www.lespep28.org). Pour toute nouvelle inscription en cours d'année scolaire, il convient de remplir le dossier unique, si celui-ci n'a pas été renseigné au préalable.

Autorité parentale	Nom :	Prénom :	Tél. :
	Nom :	Prénom :	Tél. :
	Adresse :		
	Mail : @		
1 <sup>er</sup> ou 2 <sup>ème</sup> ou plus * Enfant / Ado	Nom :	Prénom :	
	Date de naissance : / /	Maternel / Élémentaire / Ado	

**\* Entourer selon l'inscription de votre 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> ou plus, enfant ou ado.**

**Merci de cocher l' (les) action(s) « Enfance et Jeunesse » choisie(s) :**

Actions « Enfance et Jeunesse »	
Accueils de loisirs et Camps élémentaires (3-11 ans)	Espaces Jeunes et Séjours (Collégiens et Lycéens - 18 ans)
<input type="checkbox"/> AMILLY (08 juillet au 02 août)	<input type="checkbox"/> DAMMARIE (09 juillet au 03 août)
<input type="checkbox"/> BAILLEAU-L'ÉVEQUE (08 juillet au 23 août)	<input type="checkbox"/> JOUY (09 juillet au 03 août)
<input type="checkbox"/> BOUGLAINVAL (08 juillet au 02 août)	<input type="checkbox"/> MAINTENON (09 juillet au 03 août)
<input type="checkbox"/> DAMMARIE (08 juillet au 30 août)	<input type="checkbox"/> SAINT-GEORGES-SUR-EURE (09 juillet au 30 août)
<input type="checkbox"/> JOUY (08 juillet au 30 août)	<input type="checkbox"/> SEJOUR à Bussang (Vosges) (16 au 25 Juillet)
<input type="checkbox"/> MAINTENON (08 juillet au 30 août)	
<input type="checkbox"/> MORANCEZ (08 juillet au 30 août)	
<input type="checkbox"/> SAINT-GEORGES-SUR-EURE (08 juillet au 30 août)	
<input type="checkbox"/> SAINT PREST (08 juillet au 02 août)	
<input type="checkbox"/> SOURS (08 juillet au 30 août)	
<input type="checkbox"/> CAMP ELEMENTAIRE à Illiers-Combray (08 au 26 juillet)	
<input type="checkbox"/> CAMP ELEMENTAIRE à Fontaine-Simon (08 au 22 juillet)	

Ordres différents

Bouglainval, Dammarie, Jouy, Maintenon, Morancez,  
Saint Prest, Sours et Séjour Ados = PEP 28

si paiement par chèques

Amilly, Bailleau-l'Évêque, Saint-Georges-sur-Eure et Camps élémentaires  
= Association Centre aéré Val de l'Eure





# ACCUEILS DE LOISIRS - ESPACE JEUNES\* - CAMPS ELEMENTAIRES

(Cocher la ou les actions concernée(s))

- AMILLY     BAILLEAU-L'EVÊQUE     BOUGLAINVAL  
 DAMMARIE\*     JOUY\*     MAINTENON\*     MORANCEZ  
 SAINT-GEORGES-SUR-EURE\*     SAINT PREST     SOURS  
 ADOLESCENT     CAMPS ELEMENTAIRES



**(DOCUMENT A COMPLETER EN MAJUSCULES)**

Nom de l'enfant : .....

Ecole/Collège/Lycée : .....

Prénom de l'enfant : .....

Classe : .....

Sexe :     Féminin     Masculin

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

Age t-il :     Oui     Non    Brevet Natation. :     Oui     Non

Médecin traitant (+ coordonnées) : .....

Autorisation d'intervention médicale :     Oui     Non

**Demande de PAI :     Oui     Non (Repas spécifiques en cas d'allergies, enfant atteint de handicap ou autres...)**

**Camps élémentaires :    Bus départ : ..... Bus retour : .....**

**Espace jeunes :    L'adolescent rentre-t-il seul ?     Oui     Non**

Personnes à prévenir en cas d'accident + Téléphone	Personnes habilitées à récupérer l'enfant + Téléphone

**Mail : .....@.....**

## PARENT 1 / PARENT 2 / TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE (rayer les mentions inutiles) :

Nom : ..... Prénom : ..... Né le : .....

Adresse : .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Tél. Domicile : |\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_| Tél. Professionnel : |\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

Tél. Portable : |\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

N° de sécu : |\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_| Clé : |\_|\_|\_| Centre de sécu : .....

Employeur : ..... Profession : .....

CAF : ..... N° CAF : ..... Autre Régime : ..... N° : .....

Quotient : .....

Sous tutelle financière : ..... Organisme de tutelle : .....

## PARENT 1 / PARENT 2 / TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE (rayer les mentions inutiles) :

Nom : ..... Prénom : ..... Né le : .....

Adresse : .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : ..... Quartier : .....

Tél. Domicile : |\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_| Tél. Professionnel : |\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

Tél. Portable : |\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

N° de sécu : |\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_| Clé : |\_|\_|\_| Centre de sécu : .....

Employeur : ..... Profession : .....

Observations (Régime particulier, ...) : .....

Je soussigné(e) : ..... déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.  
J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des centres.

Fait à : ....., le : |\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

Signature(s) :

### Pièces à joindre :

Photocopie de la première page du dernier avis d'imposition (2018 sur les revenus 2017)

Photocopies du carnet de santé (pages vaccinations)



**FICHE  
SANITAIRE  
DE LIAISON**

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARÇON       FILLE

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant/du jeune).

**MERCI DE JOINDRE OBLIGATOIREMENT**

**LES PHOTOCOPIES**

**DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE DE VOTRE ENFANT**

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

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant/Le jeune suit-il un traitement médical pendant sa présence à la structure ou 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.

A titre indicatif L'ENFANT/LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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 A TENIR

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours    oui     non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

3 - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT/JEUNE PORTE-T-IL DES LENTILLES :    oui     non

DES LUNETTES :    oui     non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES :    oui     non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE :    oui     non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant/jeune à participer aux activités physiques et sportives :    oui     non

J'autorise mon enfant/jeune à participer aux baignades surveillées :    oui     non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location :    oui     non

5-RESPONSABLE DE /DU L'ENFANT /JEUNE

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant/du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : ..... Signature(s): .....