

Dossier d'inscription

Campus apprenant Val-de-Marne Été 2021



**ACADÉMIE
DE CRÉTEIL**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
du Val-de-Marne



**PRÉFET DU
VAL-DE-MARNE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Vous souhaitez inscrire votre enfant au Camps Apprenant du Val-de-Marne et nous sommes à vos côtés pour faciliter les démarches d'inscription.

Le dossier d'inscription comprend 2 éléments :

- La fiche d'inscription
- La fiche sanitaire de liaison

Ces deux fiches sont à compléter, à signer et à nous remettre accompagnées de

- La copie de la pièce d'identité de votre enfant
- La copie du carnet de vaccins de l'enfant
- La copie d'attestation de sécurité sociale sur laquelle l'enfant figure

En cas d'inscription par le biais d'une collectivité, d'un établissement scolaire, d'une association ou d'un organisme social, c'est à eux que vous devez remettre le dossier d'inscription complet.

Notre équipe reste néanmoins disponible pour vous aider dans le remplissage du dossier et pour faciliter vos démarches.

Ifac secteur séjours

07 64 88 26 57

campus.valdemarne@ifac.email



Fiche d'inscription Campus Val-de-Marne

Campus enfants (6-10 ans)

Campus jeunes (11-14 ans)

Dates du séjour :

Thématique du séjour :

Collectivité ou organisme intermédiaire :

L'enfant

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : Masculin Féminin

Adresse postale :

Code Postal :

Ville :

Responsable 1

Mère

Père

Tuteur

Bénéficie de l'autorité parentale : Oui Non

Nom :

Prénom :

Adresse postale (si différente de l'enfant) :

Code Postal :

Ville :

Tél : Domicile :

Portable : Bureau :

Adresse mail principale :@.....

Responsable 2

Mère

Père

Tuteur

Bénéficie de l'autorité parentale : Oui Non

Nom :

Prénom :

Adresse postale (si différente de l'enfant) :

Code Postal :

Ville :

Tél : Domicile :

Portable : Bureau :

Adresse mail principale :@.....

Fin de séjour

À l'issue du séjour, mon enfant est autorisé à repartir avec : Mère

Père

Seul(e)

Autre(s) : Nom : Prénom : Portable :

Nom : Prénom : Portable :

Je soussigné(e) représentant légal de l'enfant

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées durant le séjour.
- M'engage à récupérer mon enfant si son comportement s'avère incompatible avec les règles de vie collective et les règlements à respecter, et ce dans un délai de 24h.
- M'astreins à rembourser l'ifac des éventuels frais médicaux engagés durant le séjour pour mon enfant.
- Autorise l'ifac à photographier et à filmer mon enfant pendant le séjour et à utiliser l'image de mon enfant pour la présentation et l'illustration de ses campus apprenants (Dans le cas contraire, merci de le signifier par écrit à campus.valdemarne@ifac.email avant le séjour).

Date :/...../.....

Signature



Fiche sanitaire

Cette fiche permet de recueillir des informations concernant votre enfant qui peuvent être utiles durant le séjour. Celle-ci évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour. Elle devra être accompagnée de la copie du **carnet de vaccination** de l'enfant et de la copie de **l'attestation de sécurité sociale** sur laquelle l'enfant figure.

VACCINS

Vaccins obligatoires		Date dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Hépatite B
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	BCG
Poliomyélite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rubéole - Oreillons - Rougeole
DTP	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Coqueluche
Tétracoq	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autres (préciser) :.....

PARTICULARITÉS DE SANTÉ

Votre enfant 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"/>
Rhumatismes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	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"/>
Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Votre enfant a-t-il ?

De l'asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Une allergie médicamenteuse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Une allergie alimentaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :	

Indiquer les particularités de santé (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc.*). Préciser les dates ainsi que les précautions à prendre :

Êtes-vous bénéficiaire de la CMU ?
Non Oui
(joindre un justificatif)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?
Non Oui Lequel :
.....
.....
.....
.....
.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Lequel :.....
Votre enfant mouille-t-il son lit ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Fréquence :.....
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Porte-t-il des lunettes ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Quand :.....
Porte-t-il une prothèse dentaire ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Quand :.....

Joindre obligatoirement le jour du départ 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

Autres informations utiles (*porte-t-il des lentilles ? a-t-il peur du noir ? est-il somnambule ? etc.*):
.....
.....
.....
.....