



2022



**S'INSCRIRE  
& RESERVER**



[portail-animation.ufcv.fr](http://portail-animation.ufcv.fr)



**Ufcv Franche-Comté**  
6 B Boulevard Diderot  
25000 BESANCON



# Fiche d'inscription et de réservation

Remplir une fiche par jeune

LIEU DE L'ACCUEIL : .....

## 1 LE JEUNE

Nom: ..... Prénom: .....  Garçon  Fille Date de naissance : .....

## 2 RESPONSABLE LÉGAL N°1 Père Mère Autre : .....

Nom: ..... Prénom: ..... Email .....

Adresse: ..... CP: ..... Ville: .....

Tél port. .... Tél maison ..... Tél prof .....

La facturation est faite par défaut au responsable N°1. Pour facturer le responsable N°2, merci de cocher cette case :

## 3 RESPONSABLE LÉGAL N°2 Père Mère Autre : .....

Nom: ..... Prénom: ..... Email .....

Adresse: ..... CP: ..... Ville: .....

Tél port. .... Tél maison ..... Tél prof .....

## 4 RENSEIGNEMENTS CAF

Caisse d'Allocations Familiales ou MSA ou autres régimes ( à préciser) de : .....

Nombre d'enfants à charge: ..... N° d'allocataire : .....

## 5 RESERVATION & ANNULATION

Pour réserver les activités, merci de redonner au responsable en mains propres ou par mail, la fiche d'inscription dûment remplie au moins 2 semaines avant l'activité ; sauf pour le camp été où le délai est fixé à un mois. Au-delà de ce délai, le montant de l'activité sera du (journées+ forfait).

Ci-dessous quelques informations pouvant être utiles pour certaines activités : Pointure du jeune: ..... Taille : .....

Tour de tête : .....

Le jeune :  sait nager /  ne sait pas nager [cocher la case appropriée]  
(pour certaines activités, un certificat de capacité nautique peut être demandé)

Un acompte peut-être demandé pour certaines activités.

## 6 DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

• J'ai pris connaissance du règlement intérieur Temp'Ado et je l'accepte dans son intégralité. Il est disponible dans votre accueil de loisirs et sur [portail-animation.ufcv.fr](http://portail-animation.ufcv.fr) .

• J'autorise mon enfant à participer aux sorties éventuelles organisées par les structures d'accueil.

• J'autorise la direction des accueils à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

• J'autorise l'Ufcv à me faire parvenir mes factures par email en lieu et place de l'envoi par courrier postal :  oui  non\*

• Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés à l'accueil de mon enfant, ainsi que tout frais médicaux avancés par l'Ufcv.

• Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier, d'une part, et dans la fiche sanitaire, d'autre part.

• En l'absence des documents demandés, le tarif le plus élevé est appliqué.

Fait à :

Le :

Nom du signataire:

Signature:



# Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil du jeune. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle est à actualiser en fonction de l'état sanitaire de votre enfant.

## 1 LE JEUNE

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance: ...../...../.....  Garçon  Fille

## 2 RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père  Mère  Autre : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

Parent 1: ..... Tél port. .... Tél maison ..... Tél prof .....

Parent 2: ..... Tél port. .... Tél maison ..... Tél prof .....

Numéro de sécurité sociale : ..... Adresse de votre CPAM : .....

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT pol io			
Ou Tetracoq			
Autres (préciser)			

VACCINS RECOMMANDÉS	DATES DU DERNIER RAPPEL
Hépatite B	
Rubéole—Oreillons—Rougeole	
Coqueluche	
Autre (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. **ATTENTION ! Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

## 4 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.

### Votre enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes :

- |                                    |   |                   |   |
|------------------------------------|---|-------------------|---|
| <b>Rubéole</b>                     | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <b>Scarlatine</b> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| <b>Rhumatisme articulaire aigu</b> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <b>Rougeole</b>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| <b>Otite</b>                       | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <b>Angine</b>     | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| <b>Varicelle</b>                   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | <b>Coqueluche</b> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
|                                    |   | <b>Oreillons</b>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

### Votre enfants à t'il des allergies

**Asthme** OUI  NON

**Médicamenteuses** OUI  NON

**Alimentaires** OUI  NON

Si autre, préciser ci-contre :

**Indiquez ci-après :** les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et

les précautions à prendre : .....

### Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

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

## 5 RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

.....

En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à :

Année scolaire:

Nom du signataire:

Signature:

Le:



# Fiche d'autorisations

Année scolaire : .....

## 1 LE JEUNE

Nom: ..... Prénom:..... Date de Naissance: ...../...../.....  Garçon  Fille

## 2 LE RESPONSABLE LÉGAL

Nom: ..... Prénom:..... Lien avec l'enfant :  Père  Mère  
 Autre, précisez : .....

## 3 DROIT À L'IMAGE

J'autorise l'Ufcv à utiliser l'image de mon enfant, dans tout support de communication (site internet Ufcv, site de la collectivité, brochures, vidéos, support audio, journaux, blog famille, activités, photographie, newsletter) pour une durée indéterminée et à des fins non commerciales en France.

Fait à :    Le :    Signature:

J'autorise l'Ufcv à communiquer aux parents des enfants présents les photographies prises dans le cadre des activités Temp'Ado ou pourrait figurer mon enfant.

Fait à :    Le :    Signature:

## 4 AUTORISATION DE SORTIE (pour les 3/13 ans)

En tant que responsable légal :

j'autorise mon enfant, âgé d'au minimum 6 ans, à quitter seul les structures d'accueil de l'Ufcv.

OU

j'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant aux heures de départ des accueils. Ces dernières devront se munir d'une preuve d'identité, ce sans quoi l'enfant ne pourrait pas quitter l'accueil. L'autorisation est valable de la date de signature jusqu'au 31 août de l'année scolaire en cours, sauf si j'indique une date de fin antérieure en quatrième colonne du tableau.

NOM	PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	DATE DE FIN DE VALIDITÉ
Fait à :	Le :		

Signature: