

# CLAM



## CLUB DE LOISIRS DES ADOLESCENTS DE MACOURIA (10 ans – 17 ans)

### FICHE D'INSCRIPTION CLAM 2021-2022

#### 1/ PARTICIPANT :

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de Naissance : .....  Fille  Garçon Age : .....  
Lieu d'étude : .....

#### 2/ RESPONSABLE DU JEUNE :

Nom et prénom du père ou tuteur : .....  
Adresse : .....  
 Domicile : ..... Portable : 0694.....  
 Professionnel : .....  
Adresse mail : .....@.....

Nom et prénom de la mère ou tutrice : .....  
Adresse : .....  
 Domicile : ..... Portable : 0694.....  
 Professionnel : .....  
Adresse email : .....@.....

#### SITUATION DE FAMILLE :

Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Vie Martiale  Célibataire  Autre

#### 3/ AUTORISATION DE SORTIE :

J'autorise mon enfant à quitter seul le club ados oui  non

Sinon veuillez noter ci-dessous les personnes autorisées à venir le récupérer

.....  
.....

#### 4/ AUTORISATION DE TRANSPORT :

Le transport est assuré par la collectivité. Les points et horaires de ramassages seront déterminés  
**48h00** avant les sorties.

J'autorise mon enfant à participer aux sorties avec le bus communal RTTM  
oui  non



NB : L'adolescent (e) retourne seul chez lui, l'animateur n'attend pas l'arrivée des Parents à la fermeture du club.

### 5/ AUTORISATION DE PRISE DE VUES :

L'équipe d'animation est amenée à prendre des photos et filmer votre enfant.  
J'autorise la municipalité à utiliser ces images dans les supports de communication afin de valoriser la vie locale.

oui  non

### 6/ AUTORISATION D'HOSPITALISATION :

J'autorise le personnel de la Mairie de Macouria : oui  non

- A présenter le participant à un médecin, en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire à le mettre sous anesthésie. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
- En cas d'urgence, prévenir en priorité :

Nom-prénom : .....

☎ : 0694.....

Je soussigné(e)..... Responsable légal de l'adolescent, déclare exact 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 du participant.

J'ai pris connaissance des protocoles sanitaires en vigueur.

Signature du participant

Signature du représentant légal

#### Pièces à joindre :

- Copie de la pièce d'identité du **participant** et **des responsables**.
- Assurance extra-scolaire
- Règlement de **10,00 €** pour la carte d'adhésion uniquement à la régie des Affaires Scolaires à Tonate (non remboursable)
- 2 Photos

**PS : Monsieur le Maire, les Elus, ainsi que l'équipe d'encadrement se réservent le droit d'annuler toutes participations du candidat pour tout manquement au règlement (voies de faits, comportement agressif, mots grossiers, etc...)**

Infos :

- ✓ En cas de changement d'horaire d'accueil ou de programme, pour raison administrative ou intempéries, un texto sera envoyé par WHATSAPP aux Parents.
- ✓ PROTOCOLE COVID-19 mis en place dans le CLUB CLAM.
- ✓ NB : une participation financière supplémentaire peut être demandée pour les mini-séjours



**Fiche sanitaire de liaison  
CLUB DE LOISIRS DES ADOLESCENTS  
DE MACOURIA (10 ans – 17 ans)**

*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil du jeune.  
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.*

|  |
|--|
| <b>Jeune</b> : <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon      Date de naissance : ...../...../.....      Age : .....<br><br>Nom : ..... Prénom : .....<br>Adresse : .....<br><div style="text-align: center; padding-top: 10px;">97355 MACOURIA</div> |
|--|

**Accueil :**

Accueil de loisirs

Adresse :  CLAM LCR TONATE LOT FRANGIPANIER 97355 MACOURIA

CLAM ECOLE DE LA ZAC DE SOULA 97355 MACOURIA

**I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)

| Vaccins obligatoires | oui |     | Dernier rappel | Vaccins recommandés  | oui |     | Date |
|----------------------|-----|-----|----------------|----------------------|-----|-----|------|
|                      | non | non |                |                      | non | non |      |
| Diphtérie            |     |     |                | Hépatite B           |     |     |      |
| Tétanos              |     |     |                | Rubéole              |     |     |      |
| Poliomyélite         |     |     |                | Coqueluche           |     |     |      |
| ou DT polio          |     |     |                | Autres<br>(préciser) |     |     |      |
| ou Tétra coq         |     |     |                |                      |     |     |      |
| B.C.G.               |     |     |                |                      |     |     |      |

*Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où le jeune n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.*

Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**II - Renseignements médicaux :**

- ✓ Le jeune doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?  oui       non
- ✓ Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom du jeune*).
- ✓ **Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**
- ✓ Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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



Allergies : médicamenteuses  oui  non asthme  oui  non  
alimentaires  oui  non autres  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

---

---

---

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

---

---

---

**III - Recommandations utiles :**

Préciser si le jeune porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... ?

---

---

---

**IV - Responsable légal de le jeune :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse pendant le séjour : .....

Tél. domicile : 0594..... Travail : 0594..... Portable : 0694.....

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) .....

Je soussigné, responsable légal du participant, **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 du jeune.

J'ai pris connaissance des protocoles sanitaires en vigueur.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date : Macouria, le ...../...../202.

---

A remplir par la Gestionnaire du CLAM à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur : TONATE 0694 26 86 78 SOULA 0694 45 02 94

Observations :

---

---

---