



FICHE D'INSCRIPTION & RENSEIGNEMENTS 2021



Nous rappelons que les jeunes peuvent librement entrer et sortir de l'espace jeunes et son enceinte, et que les animateurs sont garants de l'encadrement durant les temps d'ouverture, d'activités et de sorties. En dehors de ce cadre, l'équipe d'animation se décharge de toutes responsabilités.

Nom du Jeune : Prénom :
Date de Naissance : téléphone portable du Jeune :
Mail du jeune :

Etablissement scolaire :
Classe fréquentée: Interne Demi-pensionnaire Externe

Renseignements concernant le responsable légal du jeune :

Nom et prénom du responsable légal du jeune :
Qualité : père – mère – tuteur (rayer les mentions inutiles)

Adresse :

Téléphone domicile : ___/___/___/___/___ Urgence : ___/___/___/___/___ (si besoin)

Portable Mère : ___/___/___/___/___ Portable Père : ___/___/___/___/___

Travail Mère : ___/___/___/___/___ Travail Père : ___/___/___/___/___

Mail Mère : Mail Père :

N° Sécurité Sociale :

Mutuelle Complémentaire :

J'ai pris connaissance de la Charte de Vie et je m'engage à la respecter.

Signature du jeune obligatoire : Signature du responsable légal obligatoire :

Droit à l'image

Je soussigné(e) père, mère, tuteur (entourer) du jeune

autorise n'autorise pas

les animateurs à photographier ou filmer mon enfant durant l'activité et à utiliser son image dans les supports d'information et de communication. Signature obligatoire :

Autorisation Parentale valable sur l'ensemble des activités et sorties

Votre enfant fréquente l'espace jeunes et souhaite participer à diverses activités qui peuvent se dérouler à l'extérieur de ce secteur.

Aussi, nous vous demandons de bien vouloir compléter et signer le document ci-après qui atteste votre connaissance, confirme et autorise :

- la participation de votre enfant aux activités proposées
- l'utilisation du moyen de transport prévu pour rejoindre le lieu de l'activité.

Je soussigné(e) père, mère, tuteur du jeune (nom et prénom)

déclare avoir pris connaissance du document ci-dessus mais aussi de la charte de vie de l'espace jeunes, et accepte qu'il participe aux activités proposées.

Signature obligatoire :

Renseignements concernant le médecin :

Nom et adresse du médecin traitant :

.....

Téléphone : ___/___/___/___/___

Problèmes médicaux à signaler:.....

Autorisation d'intervention médicale :

Je soussigné(e) père, mère, tuteur (1) du jeune autorise le responsable de l'espace jeunes à prévenir les services d'urgence et à prendre toutes les mesures nécessaires dans l'intérêt du jeune, si son état de santé l'exige.

A, le

Signature obligatoire :

Pour Calculer Votre Quotient Familial :

Joindre la photocopie de votre dernier avis d'imposition si vous n'avez pas de N° Caf

Percevez-vous des prestations familiales de :

- Votre employeur : OUI NON
- La Caisse d'Allocation Familiale : OUI NON
Si OUI votre n° :
- La Mutualité Sociale Agricole : OUI NON
Si OUI votre n° :

Adhésion 2021 (si chèque, à l'ordre du trésor public)

10 € résidant sur la commune 11.50 € hors commune



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

3 - 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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

