

Dossier d'inscription Secteur Jeunes

NOM et Prénom de l'enfant : Né(e) le :

Ecole : Classe :

J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) à la fin des activités : **Oui** **Non**

Numéro de portable du jeune :

Adresse mail du jeune :

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant	Père	Responsable de l'enfant
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Fixe/Portable/Travail				
Courriel :				

Personnes à joindre en cas d'urgence (nom + téléphone) :

.....

N° Allocataire CAF : Régime social :

CAF d'appartenance : CAF du Doubs Autre CAF :

EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire :

Nom de la compagnie : N° téléphone : N° Contrat :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT

Nom/Prénom	Lien de parenté	N° Téléphone	Adresse

Médecin traitant : Nom : Téléphone :

Adresse :

Allergies :

Recommandations des parents :

Régime alimentaire : Date de dernière mise à jour de la fiche sanitaire :

Joindre au dossier les copies des vaccinations (obligatoire)

L'enfant sait-il nager ? **OUI** **NON** Piscine autorisée : **OUI** **NON**

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'accueil de loisirs, je soussigné(e), Madame, Monsieur,

....., responsable légal de l'enfant inscrit :

- ✓ Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par l'organisateur
- ✓ Autorise le service à transporter mon enfant en véhicule de location (bus, minibus, transport en commun...),
- ✓ Autorise le service à transporter mon enfant dans les véhicules des agents administratifs (nécessité médicale, etc.)
- ✓ Autorise l'organisateur à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale
- ✓ Autorise les animateurs à photographier et/ou filmer mon enfant aux fins d'utilisation par :
 - la structure elle-même (décoration des locaux, bilans de service, etc.)
 - la communauté de communes (site internet, etc.)
 - la presse
 - les stagiaires dans le cadre de leur rapport de stage
- ✓ Autorise le responsable de service à administrer des médicaments à mon enfant suivant l'ordonnance fournie,
- ✓ Autorise les animateurs à appliquer de la crème solaire à mon enfant en cas de nécessité,
- ✓ Certifie exact les renseignements portés sur cette fiche
- ✓ Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant ou après les dates et heures des activités,
- ✓ Dégage l'organisateur de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (vêtements, bijoux, téléphone...)
- ✓ N'autorise pas les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Fait à _____, le _____

Signature :



<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p>1 - ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

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				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT
(FACULTATIF)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du secteur jeunes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :