



DOSSIER D'INSCRIPTION

FICHE ENFANT

NOM : PRENOM :

Date de naissance : / / TEL du jeune :

Ecole fréquentée :

N° Allocataire CAF :

N° Allocataire MSA :

Adresse complète :
.....

Tél mobile Père :

Tél mobile Mère :

Mail :

Votre enfant peut-il quitter seul la structure ? **Oui** **Non**

Votre enfant peut-il rentrer seul des sorties ? **Oui** **Non**

ALLERGIES :

PIÈCES OBLIGATOIRES (à rendre au point jeunes):

Dossier d'inscription

Photocopie du carnet de vaccination

Attestation d'assurance

Cotisation

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM :

Prénom :

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

Adresse du domicile :

Code postal : Ville :

N° attestation d'assurance :

Nom et coordonnées :

Nom et prénom du ou des responsable(s) légal (aux) :

NOM.....Prénom.....

Tél domicile :Tél travail :

Profession :Employeur :

N° de sécurité Sociale :

NOM.....Prénom.....

Tél domicile :Tél travail :

Profession :Employeur :

N° de sécurité Sociale :

Situation familiale : séparés mariés divorcés vie maritale parent seul veuf (ve)

EN CAS D'URGENCE, PREVENIR (hormis les responsables légaux) :

NOM :Prénom :Tél :

NOM :Prénom :Tél :

NOM :Prénom :Tél :

Médecin de famille : Dr..... Tél :

PERSONNES SUSCEPTIBLES DE RECUPERER L'ENFANT :

NOM :Prénom :Tél :

NOM :Prénom :Tél :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, transport) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A.....Le.....

Signature des responsables légaux :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) :.....

Demeurant :.....

Après avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement du Point jeunes, déclare autoriser mon enfant :

NOM :.....

Prénom :.....

- A participer aux activités prévues dans le cadre de celui-ci.
- A être pris en photo ou en vidéo, dans le cadre des activités et à être utilisé comme moyen de communication.
- A utiliser les moyens de transports prévus par la structure.

J'autorise également le personnel d'animation et hospitaliers à prodiguer les soins nécessaires qui pourraient s'imposer à mon enfant en cas de problèmes et/ou en cas d'hospitalisation et m'engage à rembourser la municipalité des sommes avancées pour des soins médicaux.

Les médicaments ne seront donnés que sur présentation d'un mot des parents, ainsi qu'une ordonnance médicale.

Je certifie exact les renseignements portés sur cette fiche, et avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs, et des services périscolaires. Je m'engage à signaler par écrit au responsable, de toutes modifications concernant l'état médical de mon enfant.

Je joins la photocopie du carnet de vaccination, ainsi qu'une attestation d'assurance (responsabilité civile périscolaire/extrascolaire).

A.....Le.....

Signature des responsables légaux

**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT**

NOM :

PRENOM :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? 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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler).....

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole Oui Non	Varicelle Oui Non	Angine Oui Non	Coqueluche Oui Non	Rhumatisme articulaire aigu Oui Non
Oreillons Oui Non	Otite Oui Non	Rougeole Oui Non	Scarlatine Oui Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRENOM :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) : (OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL