



# Fiche d'inscription 2017/2018



## RENSEIGNEMENTS JEUNES

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Age : .....  
 Téléphone portable : .....  
 @ (Jeune) : .....  
 Facebook :  Oui  Non Nom du compte : .....

## RENSEIGNEMENTS FAMILLE

Nom du/des responsable(s) légal/légaux : .....  
 Liens de parenté : .....  
 Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  PACS  Union Libre  
 @ (Parents) : .....  
 Tel : .....

Personne(s) à contacter en cas d'urgence (Nom, Prénom, Qualité, Téléphone) :

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



**J'autorise.....** (\*Barrer la ou les mentions non autorisées.)

- Mon enfant à se rendre dans un pays de l'Union Européenne
- Mon enfant à pratiquer des activités sportives dans le cadre des activités proposées par la structure d'accueil
- Le directeur ou responsable de la structure d'accueil à prendre toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin, en cas de maladie ou d'accident, y compris éventuellement une hospitalisation (avec anesthésie),
- Les directeurs, les responsables de la structure et la municipalité à utiliser les photographies ou vidéos de mon enfant dans le cadre d'opérations de communication et d'information (bulletins et site municipaux, presse, Facebook,...) conformément à la réglementation au droit de l'image (article 9 du code civil) et décharge de toutes responsabilités toutes utilisations autre que municipale.
- Sur les vacances scolaires** : mon enfant à rentrer seul :  après le goûter (16h30/17h00) –  uniquement à la fin du centre (18h).
- Le samedi** : mon enfant à rentrer seul :  quand il le souhaite –  à partir de (indiquer l'horaire) : .....H.....
- En soirée (veillée)** : mon enfant à rentrer seul

Nom et prénom du jeune .....atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs\* et m'engage à les respecter.

Signature du jeune

Nom(s) et prénom(s) du ou des représentant(s) légal (aux) ..... déclare(nt) exacts les renseignements inscrits sur la fiche et atteste(nt) avoir pris connaissance des règlements intérieurs\* et s'engage(nt) à les respecter et à les faire respecter à mon enfant.

A ....., le .....

Signature du/des représentant(s) légal / légaux

**PIECES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION** : le dossier « Famille » complet, deux photographies (une à coller ci-dessus et une pour la carte « Espace Jeunes ») et une copie du carnet de vaccination.





## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **L'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 DÉMURIR 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, OPERATION, 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 D'UNE 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