

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 (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

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 séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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



FICHE DE RENSEIGNEMENTS POINTS JEUNES

CADRE RESERVE AUX RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU JEUNE

Nom : Prénom :

Né(e) le / / à

Adresse :

Commune : Nationalité :

☎ : Portable* :

E-mail* :

Garde Alternée : Oui Non Exercice autorité parentale conjointe : Oui Non

N° Sécurité Sociale :

Numéro d'Assurance :

Nom de la compagnie d'assurance Extrascolaire :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE SI VOUS N'ETES PAS JOIGNABLE

Nom / Prénom :

Adresse :

Commune :

☎ : Portable :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

autorise mon enfant, lors des temps d'accueil libre, à fréquenter la structure, à participer aux animations proposées (intérieur et extérieur) et à quitter à tout moment la structure.

Autorisez-vous la structure à diffuser les photographies de votre enfant prises dans le cadre des animations du service jeunesse, pour des articles de presses, expositions, journal du centre... Oui Non

Pièces demandées : Cotisation annuelle de 8€ par enfant, Attestation individuelle de responsabilité civile (assurance extra scolaire), Certificat médical d'aptitude aux sports, Attestation de déplacement dans l'eau (attestation de natation), copie des vaccinations - Remplir la fiche de renseignement – prendre connaissance approuver le règlement intérieur affiché dans les accueils de loisirs ados.

CADRE RESERVE AUX RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX RESPONSABLES

Responsable 1 : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Union libre Veuf(ve)

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

Commune : _____ Code postal : _____

☎ : _____ Portable* : _____

E-mail* : _____

Nationalité : _____

N° Allocataire CAF / MSA / Autre : _____

Profession : _____

Nom et Adresse de votre employeur : _____

Responsable 2 : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Union libre Veuf(ve)

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

Commune : _____ Code postal : _____

☎ : _____ Portable* : _____

E-mail* : _____

Nationalité : _____

N° Allocataire CAF / MSA / Autre : _____

Profession : _____

Nom et Adresse de votre employeur : _____

** informations facultatives*

L'adresse email nous permet de vous informer de toutes les animations

En signant cette fiche d'inscription, j'accepte et m'engage à respecter le règlement intérieur affiché dans les PIJ et téléchargeable sur le site internet

Signature des parents

Précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Signature du jeune

Précédée de la mention « Lu et approuvé » :



MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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
Diphtérie				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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....