

# Fiche d'inscription 2017-2018



N° Allocataire C.A.F : .....

Cie d'assurance et N° de responsabilité civile.....

## Jeune

Nom et prénom .....
Né(e) le .....
mail : .....@.....portable:.....

## Parents

Nom et prénom du père : .....
Nom de jeune fille de la mère et prénom : .....
Adresse du domicile de l'enfant: .....
Nom et adresse du payeur: .....
Profession et employeur du père : .....
Profession et employeur de la mère : .....
☎ Tél personnel : ..... Portable : .....
Tél du lieu de travail : Père : ..... Mère : .....
Courriel .....@.....
Situation de famille : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire

## Autorisations

Noms - Prénoms des personnes habilitées à venir chercher le jeune à la fermeture du centre : ..... ..... .....
Je soussigné, .....
Père, mère, tuteur de .....
<input type="checkbox"/> Déclare exactes les informations portées sur les fiches d'inscription et sanitaire de liaison.
<input type="checkbox"/> Autorise mon fils, ma fille à participer aux activités organisées par le centre, sauf .....
<input type="checkbox"/> Autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant. En cas d'urgence vitale, les transports assurés par le SAMU se font obligatoirement vers l'hôpital Yves Le Foll.
◆ Mon enfant étant susceptible d'être pris en photo par le service Communication lors des différentes activités, j'autorise la parution de celles-ci dans les journaux municipaux. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Fait à: le:

Signature :

## Attestations

Souhaitez vous recevoir une attestation de présence pour votre enfant ? (envoi fin septembre après vérification du paiement auprès du Trésor Public) Oui  Non



# Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant la santé du jeune

## 1. Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination du jeune)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Pentacoq				Hépatite B	
Ou DT polio				Rubéole-Oreillons-Rubéole	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
BCG					

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  
Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## 2. Renseignements médicaux concernant l'enfant

Le jeune 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 administré sans ordonnance.

### LE JEUNE A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme articulaire aigu		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  Médicamenteuses  Alimentaires  Autres .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR  
(joindre un certificat médical d'un médecin spécialiste)

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

INDIQUEZ CI-APRES : **Les difficultés de santé** (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et **les précautions à prendre.**

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

## 3. Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, des prothèses auditives, etc. PRECISEZ

.....  
.....

4. **Nom et tél. du médecin traitant** : .....