Fiche de renseignements

Pôle Enfance Jeunesse

LES PIÈCES A REMETTRE
- ☐ Fiche de renseignements complétée
- ☐ Règlement du Pôle Enfance Jeunesse
- ☐ Fiche sanitaire de liaison
- ☐ Attestation d'assurance
- ☐ RIB (prélèvement automatique)
- ☐ Copie des pages de vaccination
- ☐ Attestation de Quotient Familial CAF

Inscription valable à partir de :

ETAT CIVIL	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
NOM Prénom			
Sexe	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F
Date de naissance			
École, classe, nom professeur			
Assureur et n° de contrat			
Apte à la natation	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Brevet de natation	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

REPRÉSENTANTS LÉGAUX:

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse :.....

.....

Domicile : .....

Portable : .....

@Email : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse (si différente) :.....

.....

Domicile : .....

Portable : .....

@Email : .....

RÉGIME:

CAF - n° d'allocataire: .....

DÉCHARGE:

Les personnes désignée ci-dessous, dont j'ai précisé le numéro de téléphone, sont autorisées à venir chercher mon/mes enfants qui fréquentent les activités périscolaires et extrascolaires du Pôle Enfance-Jeunesse

M ..... TÉL: .....

M ..... TÉL: .....

M ..... TÉL: .....

M ..... TÉL: .....

DROIT A L'IMAGE:
J'autorise ☐ **oui** ☐ **non**, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.

HOSPITALISATION
J'autorise ☐ **oui** ☐ **non** : le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

POUR LES ENFANTS DE PLUS DE SEPT ANS:
J'autorise ☐ **oui** ☐ **non** mon enfant à rentrer seul(e) de l'accueil périscolaire. Je reconnais qu'il sera sous ma seule responsabilité pendant son trajet de retour.

TRANSPORT
J'autorise ☐ **oui** ☐ **non** le transport de mon/mes enfant(s) en mini-bus ou véhicule personnel des animateurs ou parents bénévoles dans le cadre des **activités du Service Jeunesse**

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
Je souhaite ☐ **oui** ☐ **non** être prélevé automatiquement des factures qui me sont dues. Pour cela, **je fournis un RIB**.

REGLEMENT INTERIEUR
☐ J'accepte l'ensemble des dispositions du règlement et je m'engage à le respecter.

Règlement Intérieur :

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

Signature Représentant légal 1

Signature Représentant légal 2

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

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

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…
.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :