

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ESPACE JEUNES PLOBANNALEC-LESCONIL

Dossier complet à fournir comprenant les pièces suivantes :

- Photocopie des vaccins Attestation d'assurance en responsabilité civile Test anti-panique
 Certificat médical Adhésion (10€)

NOM de l'enfant :

Date de naissance :

Ecole fréquentée :

Portable :

Prénom de l'enfant :

Fille Garçon

Classe :

Père

Nom / Prénom :

Adresse :

Code postal Ville :

Téléphone :

Domicile :

Portable :

Travail :

Adresse mail :

Mère

Nom / Prénom :

Adresse :

Code postal Ville :

Téléphone :

Domicile :

Portable :

Travail :

Adresse mail :

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence

NOM	Prénom	Lien de parenté	Téléphone
-----	--------	-----------------	-----------

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

Autorisation de sortie du mineur

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités (horaires définis par le programme d'animation) : Oui Non

Caisse d'allocations familiales

CAF du Finistère MSA

Nom de l'allocataire : N° d'allocataire :

Quotient familial :

Responsabilité civile

Compagnie et N° de contrat « responsabilité civile » :

Date de validité :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Médecin traitant

Nom / Prénom : Adresse :

Téléphone :

Vaccinations (fournir une copie du carnet de vaccinations)

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
DT POLIO				HEPATITE B	
				RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE	
				COQUELUCHE	

Si l'enfant n'a pas réalisé ses vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Joindre une ordonnance ainsi que les médicaments et la notice dans la boîte d'origine. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des allergies ? Oui Non Alimentaires Médicamenteuses
Préciser la cause et la conduite à tenir (si automédication, le signaler et fournir une ordonnance)

.....

L'enfant a-t-il des difficultés de santé ? (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) Oui Non

Si oui, indiquer les dates et précautions à prendre.

.....

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
 - Atteste avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur de la structure, y compris le fait d'être à jour dans le paiement des prestations.
 - Autorise l'organisateur à prendre des photos et/ou des vidéos de mon enfant pendant les activités à des fins de promotion et de communication.
 - Autorise mon enfant à participer aux activités proposées par la structure.
- Si non, lesquelles :

.....

- Autorise mon enfant à être passager dans les véhicules utilisés pour se rendre sur les activités nécessitant un moyen de transport.
- Autorise l'organisateur et l'équipe de direction à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de santé du mineur et m'engage à rembourser à la structure, les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.
- Autorise la structure à effectuer une recherche de mon quotient familial.

Fait le : à :

Nom / Prénom :

Signature du responsable légal :