

Fiche d'inscription & Sanitaire

(de septembre 2022 à septembre 2023)

Adhésion payée (10€) – chq à l'ordre du trésor public

1. Jeune

Nom : Prénom :

Genre : Garçon Fille Non-genré

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél portable (du jeune) :/...../...../...../.....

Mail (du jeune) :

2. Vaccination

(merci de compléter le tableau ci-dessous)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES (DERNIERS RAPPELS)	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		Autres (préciser)	
Ou Tétratoq			
BCG			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires : joindre un certificat médical de contre-indication

3. Renseignements médicaux du jeune

LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE 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 AÏGU 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"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Le jeune est reconnu AEEH ? Oui Non

Le jeune suit-il un traitement médical pendant le séjour ?

Oui Lequel ? Non

ALLERGIES

ATHSME oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Autres

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

(si automédication le signaler)

.....

.....

LES DIFICULTÉS DE SANTÉ

(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre

.....

.....

Votre enfants porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc. (précisez)

.....

.....

4. Responsable de l'enfant

Responsable 1

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél fixe :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Mail :

Tel du lieu de travail :/...../...../...../.....

Responsable 2 (si adresse différente)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél fixe :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Mail :

Tel du lieu de travail :/...../...../...../.....

N° Sécurité sociale :

Mutuelle complémentaire :

N° allocataire CAF Quotient

N° allocataire MSA Quotient

5. Renseignements médecin

Nom : Tél :/...../...../...../.....

Adresse :

Problèmes médicaux à signaler :

Autorisation parentale

Droit à l'image – autorise :

– à filmer, à photographier librement mon enfant dans le cadre des activités (youtube, sites internet, facebook, instagram, snapchat, bulletin municipale, presse).

Oui

Non

Signature responsable :

Autorise l'animateur :

– à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendus nécessaires par l'état de mon enfant (déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire).

– à administrer les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.

J'atteste avoir pris connaissance des modalités d'organisation des activités jeunesse.

J'ai pris connaissance de la Charte de Vie et je m'engage à la respecter.

Fait à le

Signature du jeune :

Signature responsable :