Fiche d'inscription & Sanitaire

(de septembre 2024 à septembre 2025)

☐ **Adhésion payée (10€)** – chèque à l'ordre du trésor public

1. Jeune

Nom : ..... Prénom : .....

Genre : Garçon ☐ Fille ☐ Autre ☐

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

Adresse :.....

Code postal : ..... Commune : .....

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

Mail (du jeune) : .....

2. Vaccination

(merci de compléter le tableau ci-dessous)

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

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

3. Renseignements médicaux du jeune

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AÏGU	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	**SCARLATINE**
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐

Le jeune est-il reconnu AEEH ? Oui ☐ Non ☐

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

Oui ☐ Lequel ?..... Non ☐

ALLERGIES

ASTHME	MÉDICAMENTEUSE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRE	**Autres**
oui ☐ non ☐	.....

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

(si automédication le signaler)

.....

.....

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

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

.....

.....

Votre enfant 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

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

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

Mail : .....

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

N° Sécurité sociale : .....

Mutuelle complémentaire : .....

N° allocataire CAF ..... Quotient .....

Ou N° allocataire MSA ..... Quotient .....

5. Renseignements médecin

Nom : ..... Tél : ...../...../...../...../.....

Adresse : .....

Autorisation parentale

Sortie libre :

J'ai pris connaissance du fonctionnement des accueils à l'espace jeunes, à savoir la possibilité pour mon enfant d'aller et venir librement. Plus d'informations auprès de l'animateur référent ou dans le projet pédagogique.

Droit à l'image – autorise :

– **à filmer, à photographier** librement mon enfant dans le cadre des activités (réseaux sociaux, bulletins municipaux, presse).

Oui ☐ Non ☐

Signature responsable :

Autorise l'animateur :

- **à prendre, le cas échéant, toutes mesures** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) **rendues 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 jeunesses.

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

Fait à ....., le .....

Signature du jeune :

Signature responsable :