

AUTORISATION PARENTALE POUR LE MINEUR

Le responsable légal du mineur : (entourer la bonne réponse)

- autorise le mineur à participer à toutes les animations de l'association sous la responsabilité du personnel encadrant OUI NON
- autorise le mineur à rentrer seul à l'issue de l'animation OUI NON
- autorise le mineur à être transporté par un tiers dans un véhicule personnel OUI NON

- autorise l'exploitation de photo ou de film pour l'association
- Dans la presse OUI NON
- En interne (diaporama, affichage...) OUI NON
- Sur internet (site de l'association, réseaux sociaux) OUI NON

- autorise la direction à faire appel aux services d'urgence en cas de nécessité OUI NON
- Pour les 3-6 ans, l'enfant fait-il la sieste ? OUI NON

Pour information, nom, téléphone et adresse du médecin traitant de l'enfant

.....

Autre personne autorisée à venir chercher l'enfant

Nom-Prénom	Lien avec l'enfant (parents, frère,.....)

Autre personne à prévenir en cas d'urgence (nom/prénom + téléphone + indiquer le lien avec l'enfant) :

Nom - Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant

Association ça coule de source

DOSSIER D'INSCRIPTION /FICHE SANITAIRE 3-10 ans

2021



Mineur :

NOM : Prénom :

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

Sexe F M (entourer la bonne réponse)

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

REPRESENTANT LEGAL DU MINEUR

NOM :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

.....

.....

Code postal :

Ville :

Tél fixe :/...../...../...../.....

Tel portable Père :/...../...../...../.....

Tel portable Mère :/...../...../...../.....

Mail :

Contact professionnel (si besoin) :/...../...../...../.....

N° allocataire CAF :

ou Quotient familial au 1er janvier 2021 :

N° allocataire MSA :

Autres régimes :

Assurances :

Responsabilité civile : OUI NON

Individuelle accident : OUI NON

FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant l'enfant ou le jeune. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Si l'enfant ou le jeune nécessite un accueil individualisé, veuillez prendre contact avec le responsable de la structure d'accueil. Si vous souhaitez faire part d'information pouvant aider l'enfant ou le jeune à mieux s'intégrer et vivre l'accueil de loisirs ou l'espace jeunes, veuillez en discuter avec le responsable de la structure.

VACCINATIONS (se référer au carnet de vaccination situé dans le carnet de santé)

Vaccins obligatoires pour accueil de mineurs	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-oreillon-rougeole	
Poliomyélite				coqueluche	
Rappel tous les 5 ans pour ces vaccins obligatoires pour les enfants.				DT polio	
				Tétracoq	
				BCG	

Si l'enfant ou le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication. Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant ou le jeune suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments dans leur emballage avec la notice

L'enfant ou le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

MALADIES	OUI	NON
RUBEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OTITE		
ROUGEOLE		
OREILLONS		
ALLERGIES		
ASTHME		
MEDICAMENTEUSES		
ARNICA		
ALIMENTAIRES		

Apporter des précisions si besoin (port de lunettes, appareil dentaire/ auditif ...):

.....

Je soussigné(e)....., responsable de l'enfant, certifie avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du Centre de Loisirs et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à..... le/...../.....

SIGNATURE :