

# Association ça coule de source

DOSSIER D'INSCRIPTION / FICHE SANITAIRE 3-10 ans

2023



## Mineur :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexe  F  M

Poids : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## REPRESENTANTS LEGAUX DU MINEUR

	<u>Représentant légal 1</u>	<u>Représentant légal 2</u>
Nom		
Prénom		
Lien de parenté		
Adresse		
Code postal		
Ville		
Tél fixe		
Tél portable		
Profession		
Tél Pro (Si besoin)		
Mail		

N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Ou Quotient familial au 1er janvier 2023 : \_\_\_\_\_

N° allocataire MSA : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION PARENTALE POUR LE MINEUR

Le responsable légal du mineur :

– 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 les salariés avec le véhicule de l'association lors de sorties (mini-bus)  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

Autres personnes autorisées 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

## 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 l'accueil de mineurs	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Hépatite B	
<b>Rappel tous les 5 ans pour ces vaccins obligatoires pour les enfants.</b>		Rubéole- Oreillon- Rougeole	

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

#### ALLERGIES / CONTRE-INDICATIONS :

Alimentaires :  OUI  NON, précisez : \_\_\_\_\_

Médicamenteuses :  OUI  NON, précisez : \_\_\_\_\_

Autres (animaux, plantes, pollen...)  OUI  NON, précisez : \_\_\_\_\_

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 :**