

Coller ici
une
photographie
récente de
l'enfant
(obligatoire)



FICHE D'INSCRIPTION

FICHE SANITAIRE À
COMPLÉTER AU VERSO

Accueil Jeunes
SISTERON

Adresse mail de correspondance (programme, inscription...) :

.....@.....

Sans e-mail, les informations seront envoyées par courrier

NOM de l'inscrit (en majuscules) Prénom.....

Né(e) le / / Âge Nationalité École Classe.....

Nom et adresse des parents (si adresse père et mère différentes, merci d'indiquer les deux adresses)

Célibataire Marié Vie Maritale Pacsé Séparé Divorcé Veuf

Profession du père de la mère.....

Tél. domicile (Père) (Mère).....

Tél. travail (Père) (Mère).....

Portable (Père) (Mère)..... Autre.....

Email (écrire en lettres capitales)@.....

Responsable de l'enfant : NOM (en majuscules) Prénom.....

N° S.S Allocataire CAF Oui..... Non Si oui n°

Prise en charge CMU Oui..... Non (si oui, joindre obligatoirement le formulaire à jour)

Modalité d'accueil :

Veillez indiquer l'organisation que vous souhaitez choisir pour votre enfant concernant la prise en charge à l'accueil jeunes. En cas de changement d'organisation, temporaire ou définitive, veuillez nous contacter rapidement.

- Enfant vient et/ou repart seul

Oui Non

- Enfant participe librement (peut quitter les lieux avant la fin de l'accueil, peut s'absenter temporairement et revenir)

Oui Non

Assurances : Conformément à la loi du 17 juillet 2001, nous vous informons que nous avons contracté une assurance qui couvre les préjudices mentionnés sur l'attestation. (voir contrat au Pôle Jeunes). Si vous estimez que cette couverture est insuffisante, nous vous engageons à vous renseigner auprès de votre assureur et souscrire à une police qui vous convienne mieux.

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

- Autorise mon enfant à participer à pratiquer toutes les activités organisées sur l'accueil jeunes
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- engage ma responsabilité en cas d'inexactitude ou oubli de signaler tout traitement, suivi ou antécédents médicaux

- autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisations, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
- m'engage à rembourser les éventuels frais médicaux avancés par l'organisateur durant l'accueil jeunes

FICHE SANITAIRE A COMPLETER AU VERSO

Fait à le

Signature obligatoire du responsable légal de l'enfant

Cadre réservé au Pôle Jeunes

FICHE SANITAIRE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM de l'inscrit (en majuscules)

Prénom

Né(e) le / / Âge Taille Poids Sexe masculin féminin

Renseignements médicaux concernant l'enfant

(Entourez les maladies contractées) :

Rubéole / Varicelle / Angine / Rhumatisme / Scarlatine / Coqueluche / Otite / Asthme / Rougeole / Oreillons

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (opérations, maladies, allergies, accidents,)

et autres informations :

(Entourez les maladies contractées) :

Si oui, lequel ? (joindre impérativement l'ordonnance aux médicaments)

Régime alimentaire particulier (médical, religieux, allergies ...)

Recommandations des parents / responsables légaux

Afin de permettre à l'équipe d'animation d'organiser au mieux la programmation dans les meilleures conditions, veuillez indiquer en cochant les cases un prévisionnel de présence de votre enfant : Exceptionnel : + ou -1 jour/mois Régulier : Plus de 2 jours/mois

Mardi 17h30-19h30	Vendredi 17h30 – 19h30	Samedi 14h00 – 19h00
Exceptionnel : <input type="checkbox"/>	Exceptionnel : <input type="checkbox"/>	Exceptionnel : <input type="checkbox"/>
Régulier : <input type="checkbox"/>	Régulier : <input type="checkbox"/>	Régulier : <input type="checkbox"/>

Vaccinations

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT Polio			
Ou Tétracoq			

Vaccins recommandés	Dates
Hépatite B	
Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Coqueluche	
BCG	
Autres... (précisez)	

Votre enfant porte-t-il ?	Oui	Non
Lunettes		
Lentilles		
Prothèses auditives/diabolos		
Prothèses dentaires		
Autres... (précisez)		

Je soussigné(e),

père, mère, responsable légal de l'enfant.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, engage ma responsabilité en cas d'inexactitude ou oubli de signaler tout traitement, suivi ou antécédent médical. J'autorise l'équipe d'animation de l'accueil jeunes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à le

Signature obligatoire du responsable légal de l'enfant

Comment avez-vous connu l'accueil jeunes :

Réseaux / Enfant / Presse – radio /

Bouche à oreille / Pôle Jeunes / autres :

.....