



2018-2019

SAINT JEAN BREVELAY

Dossier d'inscription Service Animation Jeunesse
A.L.S.H. mercredi / A.L.S.H. vacances scolaires / Garderie périscolaire / Pass ados

Nom et Prénom de l'enfant :

Age : Date de Naissance :/...../.....

Établissement scolaire :

Tuteur légal :

Nom et Prénom des parents :

Adresse :

N° téléphone : ☎ Domicile :

☎ Portable :

☎

☎

Régime allocataire : CAF (général) :

MSA (agricole) :

Autres :

Bénéficiaire bons vacances : CAF

MSA

A, Le

Certifie exact les renseignements portés sur cette fiche

Signature des parents,

AUTORISATION PARENTALE

Autorisation quitter seul l'établissement

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS notre enfant à quitter seul l'établissement à la fin des activités
 N'AUTORISONS PAS notre enfant à quitter seul l'établissement à la fin des activités

Autorisation Personnes supplémentaires

Les tuteurs légaux peuvent autoriser des personnes en plus des parents à venir chercher l'enfant après les activités.

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

Autorisons les personnes suivantes à venir chercher l'enfant :

Nom et Prénom :

Adresse :

Tel :

Nom et Prénom :

Adresse :

Tel :

Autorisation Hospitalisation

Nous soussignés, Madame et Monsieur :autorisons le responsable du service animation jeunesse de Saint Jean Brévelay à présenter mon enfant au médecin le plus proche et éventuellement à l'hospitaliser en cas d'urgence.

Autorisation de filmer / photographeur

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

- AUTORISONS notre enfant à être filmé et/ou photographié individuellement ou en groupe dans le cadre des animations organisées par la commune (presse, brèves ...)
 N'AUTORISONS PAS

Mention « lu et approuvé »

Signature des parents

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE 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 AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE 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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :