

SAINT-JEAN-BRÉVELAY



2017-2018

**Dossier d'inscription Service Animation Jeunesse**

**A.L.S.H. mercredi / A.L.S.H. vacances scolaires / TAP / 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**

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES TAP

		LUNDI	VENDREDI
ECOLE NOTRE DAME	<b><u>Mon enfant ne participera pas aux TAP</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b><u>Mon enfant participera aux TAP</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Je viens chercher mon enfant à 16h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	J'autorise mon enfant à rentrer seul à 16h30 de l'école * compléter l'autorisation parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mon enfant prend le car (transport scolaire, garderie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		MARDI	JEUDI
ECOLE PAUL EMILE VICTOR	<b><u>Mon enfant ne participera pas aux TAP</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b><u>Mon enfant participera aux TAP</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Je viens chercher mon enfant à 16h25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	J'autorise mon enfant à rentrer seul à 16H25 de l'école * compléter l'autorisation parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mon enfant prend le car (transport scolaire, garderie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Les TAP sont organisés gratuitement par la commune, l'enfant n'est pas obligé d'y participer.
- Cependant les familles qui inscrivent leur(s) enfant(s) s'engagent à leur participation sur toute l'année scolaire.
- Les enfants non-inscrits ne pourront être pris en charge dans le cadre de ces activités.
- Les parents sont informés de leur intérêt de souscrire un contrat d'assurance en responsabilité civile, couvrant les sinistres dont leur enfant pourrait être l'auteur.

**Mention « lu et approuvé »**  
**Signature des parents**



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON

1 - ENFANT  
NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARÇON  FILLE

CELLE RICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE  
CÔTÉ D'ÊTRE DÉMUNI DE SON CARNET DE SANTÉ

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polio				Coqueluche	
Or DT Polio				Autres (préciser)	
Or Tétracoq					
BCC					

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

- 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 AIGU	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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	AUTRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
		ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>						

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

INDIQUEZ CLAIRÉMENT :  
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION OPÉRATOIRE, 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 LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :  
NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_  
N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_, 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 les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.  
DATE : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_