



2021-2022

SAINT JEAN BREVELAY

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

Nom et Prénom de l'enfant :

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


Établissement scolaire :

Tuteur légal :

Nom et Prénom des parents :

Adresse :

Adresse Mail : 

N° téléphone :  Domicile :

 Portable :

 Autre :

 Autre :

Régime allocataire : CAF (général) :

MSA (agricole) :

Autres :

N° allocataire CAF :, autorise la mairie de St Jean Brévelay à relever mon quotient familial sur le site de la CAF

Bénéficiaire VACAF AVE (Aides Vacances Enfants)

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 :