



FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE ACCUEIL JEUNES



1. IDENTITE DU JEUNE

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Sexe : Femme Homme
Tél portable :
Certificat médical ? Oui Non Nage-t-il ? Oui Non A-t-il le brevet de natation ? Oui Non

2. RESPONSABLE DU JEUNE :

PERE
Responsable légal

Nom et prénom :
Adresse :
.....
Tél domicile :
Tél Professionnel :
Tél Portable :
E-mail :
N° de sécurité sociale :
Employeur :
Profession :

MERE
Responsable légal

Nom et prénom :
Adresse :
.....
Tél domicile :
Tél Professionnel :
Tél Portable :
E-mail :
N° de sécurité sociale :
Employeur :
Profession :

3. IDENTITE DU RESPONSABLE SI DIFFERENT DES PARENTS :

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Tél domicile : Tél port. : Tél prof. :
Email : N° de sécurité sociale :
Parenté : Employeur : Profession :

4. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE RESPONSABLE DE L'ENFANT

Régime Allocataire : Nom Allocataire :
N° Allocataire : Quotient familial :
Tutelle financière : Oui Non Organisme de tutelle : Code client :
Mutuelle : N°adhérent : L'enfant est-il assuré ? Oui Non
Assureur : N° contrat : Début :/...../..... Fin :/...../.....

5. PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom et prénom : Nom et prénom :
Qualité : Qualité :
Téléphone : Téléphone :

Autorisation parentale (Rayez les mentions inutiles)

- Nous soussignés,
- **Autorisons / n'autorisons pas** notre enfant à arriver seul à l'accueil jeune ;
 - **Autorisons / n'autorisons pas** notre enfant à repartir seul de l'accueil jeune ;



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				B.C.G	
Tétanos				Monotest	
Poliomyélite				Hépatite B	
Ou DT Polio				Rougeole-Oreillons-Rubéole	
Ou Trétacoq				Coqueluche	
Ou Pentacoq				Autres (préciser).....	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

7. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

7.1 - L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL PENDANT LE SEJOUR ? 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)

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

	Oui	Non		Oui	Non
AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE			Coqueluche		
			Otite		
			Rougeole		
			Oreillons		
Rhumatisme articulaire aigu					
Scarlatine					

7.3 – ALLERGIES

	Oui	Non		Oui	Non
Asthme			Alimentaire		
Médicamenteuse			Autres.....		

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

7.4 – DIFFICULTES DE SANTE

(Maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

8. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

.....

.....

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

Nom : Ville :

Téléphone : Lieu d'hospitalisation :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur les deux pages de 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.

Date :

Signature :

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIE ET DE DIFFUSION DE L'IMAGE

IDENTITE DU JEUNE

Nom : Prénom :
Date de naissance : / /
Adresse : Tel :

Vu le code civil,

Vu le code de la propriété intellectuelle,

Considérant les besoins d'illustrations de Familles Rurales dans le cadre de ses publications (journaux, documents d'informations, articles de presse, site Internet),

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessous et donne mon accord

- pour que mon enfant soit photographié ;
- pour la diffusion de ces images dans les conditions citées ci-dessous.

Durée : 10 ans
Zone géographique : Indifférent
Support : Tout document d'information

Contexte limitatif : *L'utilisation de ces images ne pourra se faire que dans le cadre des activités de Familles Rurales, toute utilisation connexe nécessitant une autorisation expresse de la part des parents, tuteurs.*

Fait à, le

Signature
Père (ou tuteur)

Signature
Mère (ou tutrice)