

Nom et prénom de l'enfant : _____

Né(e) le : ____/____/____ A : _____

Garçon Fille Age : _____ ans

Numéro de téléphone portable du jeune : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

E-mail du jeune : _____ @ _____

Votre choix pour les repas :

Avec viande Sans viande PAI

Responsable légal du jeune :

E-mail des parents : _____ @ _____

Tuteur 1 :	Tuteur 2 :
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél. fixe : ____ . ____ . ____ . ____ . ____	Tél. fixe : ____ . ____ . ____ . ____ . ____
Tél. port. : ____ . ____ . ____ . ____ . ____	Tél. port. : ____ . ____ . ____ . ____ . ____
Tél. travail : ____ . ____ . ____ . ____ . ____	Tél. travail : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Numéro d'allocataire C.A.F : _____ Quotient Familial : _____

MSA n° : _____

En cas d'urgence, et s'il n'est pas possible de joindre le responsable légal du jeune, prévenir :

M _____ Tél. : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

M _____ Tél. : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Déclaration du responsable légal:

Je soussigné(e) _____ responsable légal désigné ci-dessus :

- autorise mon enfant à participer aux activités du service jeunesse,
- autorise le service jeunesse à publier sur son site internet, ses plaquettes et autres documents édités, les photos d'activités sur lesquelles pourraient apparaître mon enfant,
- autorise le service jeunesse à m'envoyer des informations sur mon adresse électronique,
- déclare avoir reçu et pris connaissance du règlement intérieur, m'engage à respecter et à le faire respecter par mes enfants

Décharge de responsabilité

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile à la fin des activités

Autres personnes habilitées à venir chercher le jeune :

Nom	Tél	Nom	Tél
_____	_____	_____	_____

Fait à Vaulnaveys, le ____/____/____

Signature

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche est obligatoire, elle permet de recueillir des informations utiles pour la connaissance de votre enfant

Nom :

Prénom :

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccinations obligatoires & recommandés	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie/Tétanos/Polio				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Hépatite B				Coqueluche	
BCG				Test tuberculiques	
Autres (préciser)				Autres (préciser)	

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

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant les activités ?

oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec notice dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant). 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"/>
Rougeole	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"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Allergies :

Asthme
Alimentaires Médicamenteuses
Autres _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, à signaler)

.....

.....

.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents

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

.....

.....

.....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et cette fiche sanitaire de liaison, et autorise le responsable de l'activité à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésies, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Vaulnaveys, le
Signature obligatoire

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données personnelles, dans les conditions prévues par la loi. Nous contacter pour exercer votre droit.