

Membre secteur Jeunesse

Dossier d'inscription

2018 / 2019

N° allocataire Obligatoire : _____

Régime C.A.F : Général

Particulier

Quotient Familial : _____ €

Nom du jeune : _____

Prénom du jeune _____

Date de naissance _____ (âge : _____)

Etablissement scolaire : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : / / / /

Email : _____@_____

Personne à contacter en cas d'urgence: _____ Tel : _____

J'autorise les structures à prendre des photos, vidéos durant les activités et les diffuser.
Oui Non

Je soussigné, Mr ou Mme _____ autorise les responsables à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence.

J'atteste avoir pris connaissance du fonctionnement de l'association en ce qui concerne le transfert de garde de mon enfant.

Date:

Signature :

Stage multi activités

Stage Automne

Stage Hiver

Stage printemps

Local Jeunes

Autres activités

CERFA N° 85-0233

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES AUX ANIMATEURS

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : / /

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES			DATES
	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	
Du DT polio				/ /
Du DT coq				/ /
Du Tétracoq				/ /
D'une prise polio RAPPELS				/ /
				/ /

1 ^{er} VACCIN	DATES	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
		DATES	VACCIN	DATES	VACCINS
REVACCINATION	/ /	/ /	1 ^{er} RAPPEL	/ /	/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
		/ /
		/ /

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... / /
 / /
 / /

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ? non oui

SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

ALLERGIES :
 ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Poids :
 Taille :

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

N° DE S.S.	N° DE TEL.	DOMICILE	BUREAU
.....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

OBSERVATIONS :

.....

Cachet de l'Organisme

