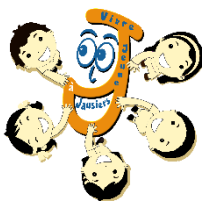


Association Vivre Jeune à Jausiers
04.92.84.69.24 / 07.68.500.777
mdj.jausiers@gmail.com
facebook.com/mdj.jausiers
255 av. des mexicains
04850 Jausiers



Nom et PRENOM (de l'enfant) :
DATE et LIEU de naissance :
Classe :
Garçon <input type="radio"/> Fille <input type="radio"/>

FICHE DE RENSEIGNEMENTS Services périscolaires, mercredis et vacances

Personne(s) responsable(s)

NOM et Prénom : Profession :
Adresse :
Tél. maison : Tél. travail/portable :
Numéro sécurité sociale Numéro allocataire CAF..... Courriel :
.....

NOM et Prénom : Profession :
Adresse :
Tél. maison : Tél. travail/portable :
Numéro sécurité sociale Numéro allocataire CAF..... Courriel :
.....

Assurance Numéro sociétaire
Mutuelle
Je soussigné(e), responsable légale de l'enfant
.....

(Rayer les mentions inutiles)

- Certifie avoir lu et approuvé le règlement intérieur : OUI NON
- Autorise les animateurs à prendre des photos de mon enfant au cours des activités organisées, et à les utiliser sur tout support (hors internet) ex : article de presse, affiche, activité manuelle, diaporama : OUI NON
- Autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, appel des secours, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant : OUI NON
- Déclare posséder une assurance responsabilité civile pour l'enfant ci-dessus désigné : OUI NON
- Votre enfant sait-il nager : OUI NON
- Votre enfant est-il allergique au maquillage : OUI NON
- J'autorise l'enfant à pratiquer des activités sportives : OUI NON
- J'autorise l'enfant à participer aux activités organisées par le centre de loisirs : OUI NON
- J'autorise l'enfant à participer aux camps : OUI NON
- J'autorise l'enfant aux sorties : OUI NON
- J'autorise l'enfant à utiliser un moyen de transport : OUI NON
- J'autorise l'enfant à quitter le centre seul : OUI NON
 - Si OUI à quelle heure OU A SA GUISE (pour les ados)
- L'enfant fait-il la sieste : OUI NON SI BESOIN (fatigue)

Autres personne(s) autorisé(es) à récupérer l'enfant et à contacter en cas d'urgence si absence des personnes responsables :
NOM Prénom : téléphones

Je soussigné (e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Je m'engage à régler la participation financière qui me sera demandée (les aides financière ex : bon CAF, seront déduites de vos factures sous réserve de les avoir fournies avant le séjour, document attestation de droits.

Veuillez précéder votre signature de la mention « Lu et approuvé »

A Le/...../.....

Signature(s) :

Renseignements médicaux

Vaccinations remplir le tableau et JOINDRE LA COPIE DU CARNET DE SANTE

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- oreillons – rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeoles	Oreillons
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non

Allergies ?

Asthme	Alimentaires	Médicamenteuses	Autres
Oui	Oui	Oui	Oui
Non	Non	Non	Non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

Recommandations utiles des parents port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires, alimentation particulière, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, somnambulisme, besoin d'un doudou, d'une sucette, parent séparés (garde partagée ou exclusive) etc... :

.....

NOM et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné (e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Veuillez précéder votre signature de la mention « Lu et approuvé »

A Le/...../.....

Signature(s) :