



INSCRIPTION MAISON DES JEUNES

Nom, Prénom du jeune :

Date et lieu de naissance :

• **Nom du parent 1 / Responsable légal** : Prénom :

Adresse :

Tel portable : Tel professionnel :

Tel domicile :

Mail :

• **Nom du parent 2 / Responsable légal** : Prénom :

Adresse (si différente) :

Tel portable : Tel professionnel :

Tel domicile :

Mail :

Situation de famille : Célibataire Marie(e) Séparé(e)/Divorce(e) Vie maritale Veuf (ve)

• **N° Sécurité Sociale** :

• **Régime social : n° CAF**..... **OU MSA**.....

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom, Prénom : Lien avec l'enfant :

N° tél. domicile : N° tél Mobile :

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon fils/ma fille à entrer et sortir librement de la maison des jeunes : OUI NON

La responsabilité des animateurs est engagée lors de différentes activités proposées et organisées par et/ou à la Maison des Jeunes. En conséquence, les déplacements du jeune à l'extérieur de la structure et en dehors des activités est sous la responsabilité des parents ou du tuteur légal.

Autorisations diverses

Je soussigné(e)....., responsable légal de(s) l'enfant(s) désigné(s) ci-dessus :

- autorise la diffusion de l'image de mon (mes) enfant(s) pour illustrer les publications municipales,
- autorise mon (mes) enfant(s) à participer aux activités municipales et à se baigner. J'atteste que mon enfant sait nager au moins 50 mètres.
- m'engage à signaler à la collectivité tout changement de situation qui surviendrait au cours de l'année
- certifie exact l'ensemble des informations déclarées ci-dessus
- déclare qu'en autorisant mon enfant à participer aux activités, j'autorise la municipalité à assurer le transport de mon enfant sur les lieux d'activités.
- autorise

Date :

Signatures des représentants légaux

Signature du jeune (s)



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON [] FILLE []

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTE.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 4 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélie, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG.

SIL L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION, ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 ?

Form with checkboxes for various diseases: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS, ALLERGIES: ASTHME, ALIMENTAIRES, MÉDICAMENTEUSES, AUTRES.

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CLAIRS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

Blank lines for recording health difficulties and hospitalizations.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ

L'ENFANT MOULE-T-IL SON LIT ? oui [] non []
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui [] non []

5. RESPONSABLE LÉCAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : [] DE LA CMU [] D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Le sous-signé, 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : []

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES