



Joindre une copie d'assurance scolaire 2017/2018

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017 /2018

Date de l'inscription : N° CAJ :

- Options for registration fees: Inscription Saint-Claude (10€), Inscription Extérieur (20€), Inscription Saint-Claude avec Espace Mosaïque (5€), Inscription Extérieur avec Espace Mosaïque (10€)

NOM ET PRÉNOM DU JEUNE :
Sexe : M F Date de naissance :
Établissement fréquenté : Classe :
Tél. portable et e-mail du jeune :

PÈRE (nom et prénom) :
Adresse :
Tél. domicile : Tél. portable :
Adresse mail :
Nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur :
Horaires de travail :

MÈRE (nom et prénom) :
Adresse :
Tél. domicile : Tél. portable :
Adresse mail :
Nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur :
Horaires de travail :

Personne habilitée à prendre le jeune à la place des parents et/ou à contacter en cas d'urgence :
NOM ET PRÉNOM :
Adresse et n° de téléphone :

Frères et sœurs (Nom, prénom et date de naissance) :
.....

Je soussigné(e), Madame/Monsieur
AUTORISE mon fils/ma fille

- Consentment questions: à subir une anesthésie..., à rejoindre seul(e) sa famille..., à être photographié(e) ou filmé(e)...

Je déclare sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements, j'ai pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement de la structure et je les accepte. Je m'engage à signaler tout changement relatif à cette déclaration.

À le Signature du responsable légal

FICHE SANITAIRE

JEUNE (nom et prénom) :né(e) le.....

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé)

Nom du vaccin	Date

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

☉ Le jeune a-t-il déjà EU LES MALADIES SUIVANTES ? (*entourer le nom ou le rayer*)

Rubéole
Otite
Oreillons

Coqueluche
Scarlatine
Varicelle

Angine
Rougeole
Rhumatisme Articulaire Aigu

Allergies : médicamenteuses, alimentaires, asthme, autres... Précisez :
.....
.....

☉ Le jeune suit-il un TRAITEMENT MÉDICAL PENDANT LE SÉJOUR ?.....
.....

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.

En fonction de l'importance de la maladie, un projet d'accueil individualisé peut être mis en place, dans lequel sera indiquée la conduite à tenir.

☉ Indiquez ci-après les éventuelles DIFFICULTÉS DE SANTÉ en précisant les précautions à prendre :
.....
.....
.....

☉ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Le jeune porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc. ?
Précisez :
.....

Je soussigné(e), **responsable légal** du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur 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 du jeune.

Signature du responsable légal

À le