



Joindre une copie de l'assurance scolaire 2018/2019

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018/2019

Date de l'inscription : ..... N° CAJ : .....
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 adresse 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 : .....

Frère(s) et sœur(s) (nom(s), prénom(s) et date(s) de naissance) :
.....
.....
.....

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

. à subir une anesthésie au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, une intervention chirurgicale serait nécessaire Oui  Non

. à rejoindre seul(e) sa famille dès la fermeture du centre, dégageant ainsi l'accueil de loisirs de toute responsabilité en cas d'incident. Oui  Non

. à être photographié(e) ou filmé(e) lors des diverses activités effectuées à l'accueil de loisirs (diffusion sur des documents officiels, outils de communication tels que Facebook, affiches...) Oui  Non

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 antitétanique 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.

À ..... le .....

Signature du responsable légal