



Joindre une copie de l'assurance scolaire 2021-2022

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2021-2022

Date de l'inscription : ..... N° CAJ : .....
[ ] Inscription Saint-Claude : 10 € [ ] Inscription Saint-Claude avec Espace Mosaïque : 5 €
[ ] Inscription Extérieur : 20 € [ ] 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 récupérer 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	Coqueluche	Angine
Otite	Scarlatine	Rougeole
Oreillons	Varicelle	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