



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