



## Fiche d'inscription Secteur jeunes

Photo

(Non obligatoire)

Nom de l'enfant : .....Prénom:.....

Age : .....Date de naissance:.....

**REPRESENTANT LEGAL** (Père, Mère, Autre / rayez la mention inutile)

Nom : .....Prénom : .....

Numéro d'Allocataire : .....

Mutualité Agricole (MSA) n° .....

**PARENTS**

Nom du père : ..... Prénom : .....

Adresse du père : .....

Téléphone : .....

Profession : .....

Téléphone de l'employeur : .....

Nom de la mère : .....Prénom : .....

Téléphone : .....

Adresse de la mère : .....

Profession : .....

Téléphone de l'employeur : .....

Adresse mail des parents ou responsable légal:.....

Je soussigné M. ou Mme.....

- M'engage à informer le responsable de tous les changements de situation.
- Autorise la participation aux sorties accompagnées par les animateurs du CSC du Barbezilien
- Autorise les organisateurs à intervenir et à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (Médecin, Hôpital).

**PHOTOS :**

- J'autorise
- Je n'autorise pas

le gestionnaire, conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit du nom, à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies ou films où figure mon enfant dans le cadre des activités.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis

Date :

Signature :



## Fiche sanitaire et de liaison

CETTE FICHE PERMET DE RECUILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT  
L'ACCUEIL DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

### Vaccins

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autre (précisez)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### Renseignement médicaux de l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil ? 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 t-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<b>Rubéole</b> Oui Non	<b>Varicelle</b> Oui Non	<b>Angine</b> Oui Non	<b>Rhumatisme articulaire</b> Oui Non	<b>Scarlatine</b> Oui Non
<b>Coqueluche</b> Oui Non	<b>Otite</b> Oui Non	<b>Rougeole</b> Oui Non	<b>Oreillons</b> Oui Non	

**ALLERGIES : ASTHME** oui  non

**MÉDICAMENTEUSES** oui  non

**ALIMENTAIRES** oui  non

**AUTRES** \_\_\_\_\_

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



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

---

---

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

---

---

**Votre fille est-elle réglée :   oui    non**

**NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)**

---

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de L'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :



## **Documents à fournir obligatoirement :**

- Photocopie des vaccins de l'enfant
- Photocopie de la carte vitale
- Photocopie de l'assurance responsabilité civile