

DOSSIER D'INSCRIPTION

SERVICE JEUNESSE

| JEUNE | |
|--|---|
| NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> | Date de naissance : <input style="width: 80%;" type="text"/> |
| PRÉNOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> | Age : <input style="width: 60%;" type="text"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> |
| Tél. du jeune : <input style="width: 40%;" type="text"/> | Mail du jeune : <input style="width: 50%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur du service jeunesse et du PIAJ. Signature du jeune : _____ | |

| RESPONSABLE LÉGAL DU JEUNE | |
|---|---|
| MÈRE OU TUTRICE | PÈRE OU TUTEUR |
| NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> | NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| PRÉNOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> | PRÉNOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| ADRESSE : <input style="width: 95%;" type="text"/> | ADRESSE : <input style="width: 95%;" type="text"/> |
| CP : <input style="width: 60%;" type="text"/> | CP : <input style="width: 60%;" type="text"/> |
| VILLE : <input style="width: 90%;" type="text"/> | VILLE : <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| Tél portable : <input style="width: 70%;" type="text"/> | Tél portable : <input style="width: 70%;" type="text"/> |
| Mail : <input style="width: 90%;" type="text"/> | Mail : <input style="width: 90%;" type="text"/> |

| | |
|---|--|
| N° allocataire CAF : <input style="width: 60%;" type="text"/> | Quotient familial : <input style="width: 60%;" type="text"/> |
|---|--|

| | |
|--|--|
| En cas d'urgence, s'il n'est pas possible de joindre le(s) responsable(s) légal(aux) du jeune, prévenir : | |
| NOM, PRÉNOM : <input style="width: 95%;" type="text"/> | Tél : <input style="width: 90%;" type="text"/> |

Loi RGPD : AUTORISATION

J'autorise le service jeunesse à saisir les informations personnelles et médicales du dossier

Droit à l'image

J'autorise le service jeunesse à réaliser des photos/vidéos de mon enfant Oui Non

Ces images pourront être utilisées sur différents supports de communication de la commune (site Internet, réseaux sociaux, bulletin municipal...)

Décharge de responsabilité

J'autorise mon enfant à rentrer seul après la fin des activités du service jeunesse et décharge l'équipe d'animation de toute responsabilité.

Le(s) représentant(s) légal(aux) soussigné(s), déclare(ent) avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du service jeunesse et du PIAJ et s'engage(ent) à en respecter les termes.

A , le

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRÉNOM :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (ne pas remplir : joindre la copie du carnet de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---------------------------|-----|-----|-------|----------------------------|-------|
| Diptérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Hae...phus | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| | | | | Hépatite B | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Suit-il un traitement médical ? 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui précisez** oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, Précisez

4-RESPONSABLE DU MINEUR

NOM :

PRÉNOM :

Tél portable :

5- MEDECIN TRAITANT

NOM MÉDECIN TRAITANT :

TEL MÉDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e) responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :