



# Fiche d'inscription Service jeunesse de Montagnac-Montpezat.

Je soussigné (e)

- père       mère       tuteur       autre lien de parenté

Nom:..... Prénom:.....

Adresse:.....

Code postal:..... Ville:.....

Tél. domicile : ..... Tél.prof : .....

Mail : .....@.....

Tél. port. : .....

Profession parent ..... Employeur : .....

Profession parent 2 : ..... Employeur : .....

N° de sécurité sociale.....

général

MSA

Autres

## Inscrit l'enfant:

Nom:..... Prénom:.....

NÉ(e) le:..... à .....

Nationalité:..... Département:.....

Personne à contacter, en cas d'urgence :

NOM..... Prénom : .....

tel fixe : ..... mobile : ..... autres tél : .....

## AUTORISATION

Je soussigné, Mr. Mme.....autorise, mon enfant(nom et prénom).....

(cases à cocher)

à rentrer seul le soir uniquement pour les enfants de +7 ans.

oui

non

à participer aux activités de baignade

Oui

non

l'utilisation des documents photographiques ou vidéo pris au cours des activités pour sa communication.

Oui

Non

Autorise les représentants des collectivités à prendre, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Autorise à utiliser le transport collectif dans le cadre des activités de enfance-jeunesse.

Autorise les personnes suivantes à venir chercher l'enfant :

.....  
.....  
.....  
.....

Liste des documents à fournir

- Photocopie du carnet de santé ( vaccins)
- Attestation assurance extrascolaire (obligatoire)
- Attestation caf avec le coefficient familial (uniquement pour les inscriptions du centre de loisirs)
- Jugement de divorce ou autorité parental (le cas échéant)

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique pour la constitution de votre dossier.

Les destinataires de ces informations sont les membres du service enfance jeunesse.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06.10.78, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, droit que vous pouvez exercer auprès du service concerné.

Signatures des représentants légaux précédé de la mention « lu et approuvé »

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 95-0233

CEtte FICHE A ETE CONQUE POUR RECUILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARCON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

| Précisez s'il s'agit : | VACCINS PRATIQUES |           | DATES       |                   |
|------------------------|-------------------|-----------|-------------|-------------------|
|                        | Du DT polio       | Du DT coq | Du Tétracoq | D'une prise polio |
|                        | .....             | .....     | .....       | .....             |
|                        | .....             | .....     | .....       | .....             |
|                        | .....             | .....     | .....       | .....             |

| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | ANTIVARIOLIQUE |                        | AUTRES VACCINS |         |
|------------------------|----------------|------------------------|----------------|---------|
|                        | DATES          | VACCIN                 | DATES          | VACCINS |
| 1 <sup>er</sup> VACCIN | ____/____/____ | .....                  | ____/____/____ | .....   |
| RE VaccINATION         | ____/____/____ | 1 <sup>er</sup> RAPPEL | ____/____/____ | .....   |

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

| INJECTIONS DE SERUM |       | NATURE |       | DATES |       |
|---------------------|-------|--------|-------|-------|-------|
| .....               | ..... | .....  | ..... | ..... | ..... |
| .....               | ..... | .....  | ..... | ..... | ..... |

  

| RUBEOLE   | VARICELLE   | ANGINES   | RHUMATISMES   | SCARLATINE  |
|---|---|---|---|---|
| non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE  | OTITES  | ASTHME  | ROUGEOLE  | OREILLONS   |
| non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUI-T-IL UN TRAITEMENT ? non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, NOUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non  occasionnellement  oui   
 SI IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non  oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOMS : .....  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....  
 N° DE S.S. : ..... N° DE TEL : ..... DOMICILE : ..... BUREAU : .....

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....  
 Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.  
 DATE : ..... Signature : .....

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : ..... Cachet de l'organisme: (siège social)  
 .....  
 ARRIVEE LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 DEPART LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR  
 PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

A nous remettre

Approbation du règlement intérieur

Droit à l'image

Autorisation de transport pour les sorties

Accueil de Loisirs Sans Hébergement de Montagnac-Montpezat

Je soussigné (e) .....

Responsable de l'enfant .....

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à en respecter les modalités.

\*Autorise / N'autorise pas le centre à faire des photos et de les utiliser dans le cadre des activités du centre.

\*Autorise /N'autorise pas le transport de mon enfant dans le cadre des sorties organisées.

Fait à ....., le .....

Signature des représentants légaux

\*Rayer la mention inutile.