

DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL JEUNE

Liste des pièces à fournir pour le dossier d'inscription :

- La fiche de renseignements,
 - La fiche autorisations parentales,
 - La fiche de liaison sanitaire,
 - La copie du carnet de vaccinations (**obligatoire**),
 - Le règlement intérieur lu et signé.
-
- Une photocopie de votre attestation d'allocataire CAF ou MSA,
 - L'attestation responsabilité civile couvrant le jeune,
 - L'attestation de sécurité sociale (vérifier la validité des dates),
-
- **Adhésion de 10,00 €** ouvrant droit d'entrée au lieu et aux activités proposées pour l'année civile (chèque à l'ordre du Trésor Public)

La Casa des Jeun'z

1 chemin Vert
86380 Vendevre du Poitou

Audrey Chaillou

Tél : 06.34.56.50.87
casadesjeunz@cc-hautpoitou.fr

Le Local des Z'ados

9 bis rue de la jeunesse
86170 Neuville de Poitou

Valérie MEGE

Tél : 06.19.93.00.95
localdeszados@cc-hautpoitou.fr





FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Date d'inscription :

Adhésion réglée :

*Ce dossier donne droit d'accès aux locaux de Neuville-de-Poitou et de Vendevre-du-Poitou
après règlement de l'adhésion.*

Renseignements concernant mon enfant :

NOM :

Prénom :

Date de naissance : Âge

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone portable de l'enfant :

E-mail de l'enfant :

Etablissement scolaire fréquenté :

En cas de besoin, contacter :

PARENTS	
Parent 1: Père Mère Autre: _____ <i>Responsable Légal</i> ☐	Parent 2: Père Mère Autre: _____ <i>Responsable Légal</i> ☐
Civilité : Melle Mme Mr	Civilité : Melle Mme Mr
Nom _____	Nom _____
Prénom _____	Prénom _____
Profession _____	Profession _____
Téléphone travail _____	Téléphone travail _____
Portable _____	Portable _____
Mail _____	Mail _____

Numéro d'allocataire CAF ou MSA * :

QF :

Date QF :

Autres régimes :

Numéro de Sécurité sociale* :

*** IMPERATIF A RENSEIGNER**



AUTORISATIONS PARENTALES

ACCES et SORTIE DU LOCAL

Je, soussigné, _____ autorise mon fils/ma fille _____ à venir au Local Jeunes aux jours et horaires prévus par l'animateur et à participer aux activités qui y sont proposées.

- ☐ Mon enfant est libre de quitter seul le local quand il le désire et libère la responsabilité de l'animateur.
- ☐ Mon enfant ne peut quitter le local qu'en fin d'activité ou lorsque je viens le chercher.
- ☐ Sous conditions : _____.

ACCES INTERNET

- ☐ Mon enfant a l'autorisation d'accéder à Internet sous la vigilance de l'animateur.

CIGARETTE

- ☐ Je suis informé(e) que mon enfant fume des cigarettes et l'autorise à en consommer modérément sous la vigilance de l'animateur.

TRANSPORT D'ENFANT

- ☐ J'autorise la direction de l'Accueil Jeune et son équipe à transporter mon enfant dans les véhicules nécessaires à l'organisation des activités.

TRAITEMENT MEDICAL

- ☐ J'autorise la direction de l'Accueil Jeune et son équipe à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

DROIT A L'IMAGE

- ☐ J'autorise la direction de l'Accueil Jeune et son équipe à photographier et/ou filmer lors des activités, le groupe dans lequel se trouve mon enfant mineur désigné(e) ci-dessus. Les accueils jeunes et l'organisateur pourront utiliser ces documents pour des publications (journaux internes, presse locale, site web ayant un lien direct avec les activités...)

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant (autres que les parents)			
Interdit	Nom – Prénom	Téléphones	Lien de parenté
☐			
☐			
☐			
☐			

Je (nous) soussigné(s), _____ responsable(s) légal(aux)
de l'enfant certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.
Signature(s):



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐

FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS 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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

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

Je soussigné,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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....