



FICHE D'INSCRIPTION

L'ENFANT

NOM :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Lieu de Naissance :
Téléphone :	(Exclusivement pour communiquer sur les programmes)

LES RESPONSABLES LEGAUX

<u>Responsable légal 1 :</u>	<u>Responsable légal 2 :</u>
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Mail :	Mail :
Tel. Portable :	Tel. Portable :

INFORMATIONS DIVERSES

<input type="checkbox"/> PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)	Précisez :
ATTENTION : Si l'enfant a un PAI, la copie du document, l'ordonnance et le traitement doivent être remis au responsable de la structure avant l'accueil de l'enfant.	
<input type="checkbox"/> Régime alimentaire particulier	Précisez :
<input type="checkbox"/> CAF N° Allocataire CAF :	Nom Allocataire :
<input type="checkbox"/> MSA N° Allocataire MSA :	
<input type="checkbox"/> Impôts	<i>Si vous n'avez pas de quotient CAF ou MSA, merci de fournir l'avis d'imposition sur les revenus N-2.</i>
<input type="checkbox"/> AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)	Date Notification :

AUTORISATIONS

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorisons notre enfant à se déplacer en bus, à pied ou à vélo dans le cadre des activités organisées par le Foyer des Jeunes.
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorisons la publication de photos ou vidéos de notre enfant sur différents supports de communication (plaquette, bulletin municipal, réseaux de la commune, ...)
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autorisons notre enfant à quitter seul le foyer des Jeunes. Si non, les personnes autorisées à le récupérer sont : (cartes d'identité demandées)
NOM et Prénom :	Tel. :
NOM et Prénom :	Tel. :
NOM et Prénom :	Tel. :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM du médecin traitant : Tél. :

VACCINATIONS

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, l'admission d'un mineur en accueil collectif est subordonnée à la présentation d'un document attestant du respect de l'obligation en matière de vaccinations (copie des pages du carnet de santé relatives à la vaccination ou attestation d'un médecin). Si votre enfant n'est pas à jour de ses vaccinations, une admission provisoire est possible. Vous avez alors 3 mois pour faire les vaccinations. Sans cela, votre enfant ne sera plus accueilli.

	ENFANTS NES AVANT LE 1/01/2018	ENFANT NES A PARTIR DU 1/01/2018
Vaccinations obligatoires	Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)	Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP) Coqueluche Hib Hépatite B Pneumocoque Rubéole, Oreillons, Rougeole (ROR) Méningocoque C
Vaccinations recommandées	Hépatite B Rubéole, Oreillons, Rougeole (ROR) Coqueluche Tuberculose (BCG)	Tuberculose (BCG) Rotavirus B Méningocoque B

MALADIES

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	Oui	Non		Oui	Non
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ALLERGIES

	Oui	Non		Oui	Non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :		

Si votre enfant a des allergies, précisez ci-dessous la cause et la conduite à tenir : (fournir PAI)

DIFFICULTES DE SANTE ET RENSEIGNEMENTS UTILES

Indiquez ci-dessous les difficultés de santé en précisant les dates et précautions à prendre (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, ...). Indiquez également tout renseignement utile : port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives ou dentaires, ...

Je soussigné, M. ou Mme responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche, nous nous engageons à contacter les responsables du services jeunesse pour toutes modifications d'informations administratives mentionnées. Nous avons pris connaissance et acceptons le règlement intérieur.

Fait à : Le :

Signature des responsables légaux :

DOCUMENTS A FOURNIR :

*Fiche d'inscription complétée et signée.

*Assurance responsabilité civile au nom de l'enfant.

*Vaccinations de l'enfant à jour.