

**FICHE**

**D’INSCRIPTION**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **L’ENFANT** |
| **NOM :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Date de naissance** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | **Lieu de Naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Téléphone :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | *(Exclusivement pour communiquer sur les programmes)* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **LES RESPONSABLES LEGAUX** |
| **Responsable légal 1 :** | **Responsable légal 2 :** |
| **NOM :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **NOM**: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Adresse :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Adresse :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Mail :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Mail :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tel. Portable :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Tel. Portable :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **INFORMATIONS DIVERSES** |
|[ ]  PAI | *(Protocole d’Accueil Individualisé)* | Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  | **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.** |
|[ ]  Régime alimentaire particulier | Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|[ ]  CAF | N° Allocataire CAF : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Nom Allocataire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|[ ]  MSA | N° Allocataire MSA :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|[ ]  Impôts  | *Si vous n’avez pas de quotient CAF ou MSA, merci de fournir l’avis d’imposition sur les revenus N-2.* |
|[ ]  AEEH | *(Allocation d’Education de l’Enfant Handicapé)* | Date Notification : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **AUTORISATIONS** |
|[ ]  OUI |[ ]  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. |
|[ ]  OUI |[ ]  NON | Autorisons la publication de photos ou vidéos de notre enfant sur différents supports de communication (plaquette, bulletin municipal, réseaux de la commune, ...) |
|[ ]  OUI |[ ]  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 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Tel. : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |  |  |  | NOM et Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Tel. : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |  |  |  | NOM et Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Tel. : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM du médecin traitant** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Tèl .** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **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)CoquelucheHibHépatite BPneumocoqueRubéole, Oreillons, Rougeole (ROR)Méningocoque C |
| **Vaccinations recommandées** | Hépatite BRubéole, Oreillons, Rougeole (ROR)CoquelucheTuberculose (BCG) | Tuberculose (BCG)Rotavirus BMéningocoque B |

|  |
| --- |
| **MALADIES** |
| ***Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?*** |
|  | ***Oui*** | ***Non*** |  | ***Oui*** | ***Non*** |
| Rubéole |[ ] [ ]  Coqueluche |[ ] [ ]
| Varicelle |[ ] [ ]  Otite |[ ] [ ]
| Angine |[ ] [ ]  Rougeole |[ ] [ ]
| Rhumatisme articulaire aigu |[ ] [ ]  Oreillons |[ ] [ ]
| Scarlatine |[ ] [ ]   |  |  |

|  |
| --- |
| **ALLERGIES** |
|  | ***Oui*** | ***Non*** |  | ***Oui*** | ***Non*** |
| Asthme |[ ] [ ]  Animaux |[ ] [ ]
| Alimentaires |[ ] [ ]  Autres |[ ] [ ]
| Médicamenteuses |[ ] [ ]  Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 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 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. 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 :* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. *Le*: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

|  |
| --- |
| ***DOCUMENTS A FOURNIR :****\*Fiche d’inscription complétée et signée.**\*Assurance responsabilité civile au nom de l’enfant.**\*Vaccinations de l’enfant à jour.* |

*Signature des responsables légaux :*