

Fiche d'Inscription Espace Jeunes 2021 / 2022



L'ENFANT

NOM : Prénom :
Sexe : fille garçon
Date de Naissance :// Etablissement scolaire :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX / FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS OBLIGATOIRES (pour tous les enfants) DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES (pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018)

BCG Hépatite B Rougeole-Oreillons-Rubéole
 Coqueluche Pneumocoque Autres (préciser)

Haemophilus Influenzae type b (HIB) Méningocoque C _____

ALLERGIES

Asthme : oui non Alimentaire : oui non Médicamenteuse : oui non Autre : oui non

Précisez les conduites à tenir : _____

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : oui non Date de validité : _____

DIFFICULTES DE SANTE / RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

NOM du médecin traitant : _____ Ville : _____

RESPONSABLES LEGAUX

Situation familiale : Marié.e / Pacsé.e / Vie maritale alternée

Divorcé.e / Séparé.e

Garde

Représentant n°1

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Profession :

Employeur :

☎ domicile : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_

☎ portable : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_

☎ professionnel : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_

✉ mail :

Représentant n°2

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Profession :

Employeur :

☎ domicile : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_

☎ portable : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_

☎ professionnel : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_

✉ mail :

Régime

Régime Général CAF

MSA

Autre Régime

N° Allocataire CAF :

N° Allocataire MSA :

QF =

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Autorise / N'Autorise Pas mon enfant à quitter la structure d'accueil, accompagné de :

NOM Prénom	Qualité (beaux-parents, grands parents, ami.e, ...)	Téléphone	À prévenir en cas d'urgence		Autorisée à prendre l'enfant	
			<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"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Autorise / N'Autorise Pas mon enfant à **quitter seul** la structure jeunesse.

Conditions particulières :

Autorise / N'Autorise Pas mon enfant à **partir et revenir** librement de la structure jeunesse.

Conditions particulières :

Autorise / N'Autorise Pas le personnel habilité à consulter mon Quotient Familial sur le site dédié de la CAF : Mon Compte Partenaire

Autorise / N'Autorise Pas mon enfant à participer aux sorties organisées par la structure d'accueil et à utiliser les moyens de transports collectifs (cars, trains, ...)

Autorise / N'Autorise Pas que mon enfant soit filmé et photographié dans le cadre des activités jeunesse et que leur image soit utilisée dans les supports d'information et de communication de la commune et de l'Ifac.

Autorise / N'Autorise Pas que mon enfant soit filmé et photographié dans le cadre des activités jeunesse et que leur image soit utilisée dans les réseaux sociaux de la commune et de l'Ifac.

Souhaite / Ne Souhaite pas recevoir par mail les informations de la structure.

Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et s'engage à le respecter.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la commune et son prestataire (Ifac) pour l'inscription, le suivi et la facturation du service.

Elles sont conservées jusqu'aux 18 ans de l'enfant et sont destinées à un usage interne aux personnes habilitées de la commune et de l'Ifac.

à,, le / /

Signature

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- ⇒ Attestation CAF ou MSA, autre département ou autre régime
- ⇒ Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant
- ⇒ PAI : si avis médical (Projet d'Accueil Individualisé)
- ⇒ Mandat SEPA + RIB : pour les règlements en prélèvement automatique