

L'enfant

Prénom :
 Nom :
 Date de naissance :
 ☎ Portable :
 @ :
 Etablissement : Classe :
 N° de sécurité sociale :

Parent 1

Prénom :
 Nom :
 Adresse :
 Code postal et ville :
 ☎ domicile : ☎ Portable :
 @ :
 Profession : ☎ travail :
 Régime général sécurité sociale: ☐ OUI / ☐ NON N° allocataire CAF :

Parent 2

Prénom :
 Nom :
 Adresse :
 Code postal et ville :
 ☎ domicile : ☎ Portable :
 @ :
 Profession : ☎ travail :
 Régime général sécurité sociale: ☐ OUI / ☐ NON N° allocataire CAF :

Autres personnes susceptibles de venir chercher l'enfant ou à prévenir en cas d'urgence

Prénom- Nom	Téléphone	Lien de parenté

Autorisations parentales pour l'année 2023 – 2024

Je soussigné Mme, Mresponsable légal

Atteste que mon enfant a souscrit une assurance civile.

Autorise l'équipe d'animation, en cas d'urgence, à appeler le médecin, les pompiers ou à faire hospitaliser l'enfant. Je m'engage également à rembourser les honoraires et les frais pharmaceutiques avancés par l'organisateur en raison des soins prodigués.

Autorise mon enfant à utiliser les différents moyens de transports mis à disposition.

Autorise le service jeunesse à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre d'activités et/ou de sorties et représentant mon enfant	OUI	NON
Autorise mon enfant à venir et repartir librement lors des temps d'accueil au local	OUI	NON
Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités	OUI	NON
Autorise mon enfant à s'inscrire seul aux activités	OUI	NON

Je prends en compte que si mon enfant se rend sans s'être inscrit à une activité et que celle-ci a atteint son quota (12 jeunes par animateur), l'espace jeunes ne sera pas responsable de celui-ci.

Fiche sanitaire 2025–2026

Prénom :.....
 Nom :.....

Vaccinations

OBLIGATION de fournir la photocopie de liste des vaccinations effectuées du carnet de santé de l'enfant OU Attestation du médecin que les vaccins sont à jour (attestation de -1 mois) CASF Art. R. 227-7
 Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (DTP, diphtérie, Tétanos et Polyomélite), joindre un certificat médical de contre indication.

Renseignements concernant le mineur

L'enfant suit-il un traitement médical	OUI	NON
--	-----	-----

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
 Les médicaments seront remis à l'animateur, qui les mettra sous clef. (Arrêté 20 fév. 2003, art. 1 et 2)

Dispose-t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ?	OUI	NON
---	-----	-----

Si oui, joindre une copie récente et les médicaments correspondants.

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

Alimentaires ☐ OUI / ☐ NON

Asthme ☐ OUI / ☐ NON

Médicamenteuses ☐ OUI / ☐ NON

Autres :.....

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE ☐ OUI / ☐ NON

ANGINE ☐ OUI / ☐ NON

OREILLONS ☐ OUI / ☐ NON

ROUGEOLE ☐ OUI / ☐ NON

VARICELLE ☐ OUI / ☐ NON

COQUELUCHE ☐ OUI / ☐ NON

OTITE ☐ OUI / ☐ NON

SCARLATINE ☐ OUI / ☐ NON

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ☐ OUI / ☐ NON

Recommandations utiles des parents

Avez-vous des informations à préciser :.....

Port de lunettes ☐ OUI / ☐ NON

Appareils auditifs ☐ OUI / ☐ NON

Enurésie ☐ OUI / ☐ NON

Règlée ☐ OUI / ☐ NON

Hyperactivité ☐ OUI / ☐ NON

Autres :.....

Adhésion et règlement intérieur

Lors de l'inscription une adhésion est obligatoire. D'un montant de 8 €, elle est valable du 01/07/2025 au 30/06/2026. Cette adhésion a pour objectif de favoriser l'engagement des jeunes dans le projet de la structure, en les impliquant et en les responsabilisant vis-à-vis de cette dernière. Tout désistement pour motif dûment justifié, doit être effectué au minimum 48h avant la sortie. En cas de non-respect de ces délais le montant de la prestation sera facturé dans son intégralité. Une facture est adressée aux familles en septembre, janvier et juin de l'année courante.

Je déclare par ailleurs avoir pris connaissance du règlement intérieur et déclare l'accepter

Je déclare exact, les renseignements portés sur la fiche d'inscription et la fiche sanitaire.

Fait à le Signature