



# FICHE D'INSCRIPTION 2022 - 2023

L'ENFANT

NOM: .....	Prénom: .....
Date de Naissance: ..... / ..... / .....	Lieu de Naissance: .....
Téléphone portable: ..... / ..... / ..... / ..... / ..... (exclusivement pour communiquer sur des événements: programmes, sorties, ...)	

## 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 CAF / MSA

<input type="checkbox"/> CAF	N° Allocataire CAF: .....	Nom Allocataire: .....
<input type="checkbox"/> MSA	N° Allocataire MSA: .....	
<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, site internet, ...).
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Autorisons notre enfant à sortir seul du 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.: ...../...../...../...../.....

Nous, soussignés (Noms, Prénoms) ..... responsables légaux de l'enfant (Nom, Prénom) ..... déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche. Nous, responsables légaux et jeune, certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur du Foyer des Jeunes et nous l'acceptons.

Fait à: ..... Le: .....

Signatures des responsables légaux:

### DOCUMENTS A FOURNIR:

- \* Fiche d'inscription complétée et signée
- \* Fiche sanitaire au verso
- \* Assurance responsabilité civile au nom de l'enfant
- \* Vaccinations à jour

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du médecin traitant : .....

Tél. : ...../...../...../...../.....

## VACCINATIONS *(Se référer au carnet de vaccinations)*

*Votre enfant est-il vacciné contre :*

*Si oui, indiquez les dates de derniers rappels.*

		OUI	NON	
<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Polyomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>VACCINS RECOMMANDES</b>	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autres (Préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 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

*Votre enfant a-t-il des allergies?*

	OUI	NON		OUI	NON
Asthme			Animaux		
Alimentaires			Autres		
Médicamenteuses			(Précisez : .....) )		

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

.....

.....

.....

.....

## DIFFICULTES DE SANTE ET RENSEIGNEMENTS UTILES

Indiquez ci-dessous les difficultés de santé (*maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations,...*) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Indiquez également tous renseignements utiles (*port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives ou dentaires, ...*) :

.....

.....

.....

**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.