

INFORMATIONS CONCERNANT LE JEUNE :

NOM : Prénom :
 Date de naissance : / / Sexe : M F
 E-mail :

INFORMATIONS CONCERNANT LES PARENTS :

| Mère | Père |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| N°Tél. Domicile : | N°Tél. Domicile : |
| Portable : | Portable : |
| Travail : | Travail : |
| Situation professionnelle : | Situation professionnelle : |
| Employeur : | Employeur : |
| Adresse : | Adresse : |

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom & Prénom :
 N°Tél :

REGIME ET COUVERTURE SOCIALE :

MSA CAF Autre, précisé :
 N°CAF :

Quotient Familial (QF) : (Joindre justificatif pour le calcul des tarifs)

J'autorise le centre social à consulter CAF PRO

Nom & Prénom parent allocataire :

N° de Sécurité Sociale :

Assurance de responsabilité civile (joindre attestation ou justificatif). Nom de la compagnie :

AUTORISATIONS PARENTALES : (cocher les mentions autorisées)

J'autorise mon enfant à repartir seul(e). Si non merci de donner le nom et n° de tél. de la personne qui l'accompagne :

J'autorise la publication des photos sur lesquelles figure mon enfant (presse local, site Internet du centre social, page You Tube, réseaux sociaux)

J'autorise l'équipe d'animation ou les parents bénévoles à véhiculer mon enfant pour les activités extérieures au centre.

Conditions inscriptions/Remboursements

Le ou les jours d'absence sont remboursés lorsque l'absence est consécutive à une maladie justifiée par un certificat médical dans les 72h. Si votre enfant ne participe pas à une animation pour laquelle il est inscrit, il faut nous le signaler 8 jours avant. Dans le cas contraire, le montant de la journée vous sera facturé. En cas de non-règlement de votre facture, l'inscription de votre enfant sur une autre activité sera refusée tant que la somme due ne sera pas acquittée.



VACCINATIONS

Possibilité de fournir photocopie du carnet de vaccination. **Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.**

| Vaccins Obligatoires | Oui | Non | Date dernier rappel | Vaccins Recommandés | Dates | Vaccins Recommandés | Dates |
|----------------------|-----|-----|---------------------|------------------------------------|-------|----------------------|-------|
| Diptérie | | | | Hépatite B | | Haemophilus | |
| Tétanos | | | | Rubéole- Oreillons- Rougeole | | BCG | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | | Pneumocoque | |
| | | | | | | Autres (préciser) | |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Taille : (Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (boite de médicament dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES

- Alimentaire oui non
- Médicamenteuse oui non
- Autres (animaux, plantes, pollen) oui non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

- Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter** ? oui non

.....
RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, lentilles, d'appareils dentaires ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

.....
Nom et Téléphone du médecin traitant de la famille :
.....

Je soussigné(é), **responsable légal du mineur,**
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur et Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés par l'organisateur en raison des soins engagés.

A , Le /...../2020

Signature :

