

**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 ..... /...../2023

Signature :

