**INFORMATIONS CONCERNANT LE JEUNE :**

NOM :…………………………………………………………..Prénom :……………………………………………………………….

Date de naissance :………/…………/……... Sexe : M F

E-mail : ……………………………………………………………………………………………………………..……………

**INFORMATIONS CONCERNANT LES PARENTS :**

Mère

Nom :……………………………………………………………….

Prénom : …………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………

…………………………………………………………………………

N°Tél. Domicile : …………………………………………

 Portable : ………………………………………..

 Travail : ……………………………………………

Situation professionnelle : ………………………..

………………………………………………………………………….

Employeur : ……………………………………................

Adresse : ………………………………………………………

…………………………………………………………………………

Père

Nom :……………………………………………………………

Prénom : ……………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………

………………………………………………………………………

N°Tél. Domicile : ………………………………………

 Portable : ……………………………………

 Travail : ………………………………………

Situation professionnelle : ………………………

………………………………………………………………………

Employeur : ……………………………………………….

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 |
|  Diphtérie |  |  |  | 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-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 ……… /………/202 Signature :