



Dossier Inscription Accueil Espace Jeunes « Le Club »

Afin de compléter le dossier d'inscription, veuillez fournir :

- L'attestation de responsabilité civile et individuelle accident
- La photocopie du carnet de vaccination

et les documents suivants datés et signés :

- fiche de renseignements
- autorisation parentale
- fiche sanitaire de liaison

Si votre enfant a un Projet d'accueil individualisé (PAI) veuillez nous le fournir.

L'accueil se fait sur les horaires d'ouverture de l'Espace Jeunes.

ENFANT

Nom / Prénom

Date de naissance

Sexe

Commune de résidence

Lieu de scolarisation

PARENTS

Nom / Prénom

Adresse

Téléphone

Email

Personne à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom / Prénom

Téléphone

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher votre enfant

Nom / Prénom

Téléphone

Nom / Prénom

Téléphone

Nom / Prénom de l'enfant

Je soussigné[e] **Mme** **Mr** **Tuteur**

- autorise mon enfant à venir à l'Espace Jeunes et à participer aux animations
- autorise le responsable de l'animation à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (prise en charge médicale d'urgence avec appel téléphonique au parent et/ou la personne à prévenir) : Oui Non
- autorise la CCBL à transporter mon enfant dans un mini-bus ou un bus : Oui Non
- autorise l'équipe d'animation à photographier, filmer mon enfant et à utiliser les images dans le cadre de la législation : Oui Non
- autorise la CCBL à consulter mon compte CAF pour calculer la facturation en fonction de mon quotient familial : Oui Non

Si oui, N° allocataire CAF

Si non, j'accepte que l'inscription de mon enfant au Club soit facturée au forfait maximal de la grille tarifaire.

La Communauté de Communes Bastides de Lomagne et l'équipe d'animation déclinent toute responsabilité en cas d'accident survenu avant ou après les horaires d'encadrement des animations.

La Communauté de Communes Bastides de Lomagne ne saurait être tenue pour responsable des accidents survenus indépendamment de toute faute de sa part.

Dans un souci de bien-être pour votre enfant et de façon à pouvoir mettre en place un accueil adapté : est-ce que votre enfant est suivi par une structure médico-sociale ou médico-psychologique ?

Oui Non

Si oui, nous autorisez-vous à les contacter ?

Oui Non

Fait à :

Le :

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARCON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :		VACCINS PRATIQUES		DATES	
Du DT polio			___/___/___	
Du DT coq			___/___/___	
Du Tétracoq			___/___/___	
D'une prise polio RAPPELS			___/___/___	
.....			___/___/___	

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		VACCIN		DATES	
1 ^{er} VACCIN			___/___/___	
REVACCINATION		1 ^{er} RAPPEL		___/___/___	

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE
 POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM		NATURE		DATES	
.....			___/___/___	
.....			___/___/___	

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....	___/___/___
.....	___/___/___
.....	___/___/___

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....
.....
.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

.....
.....

N° DE S.S.		N° DE TEL	DOMICILE	BUREAU
------------	--	-----------	----------	--------

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

.....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

.....
.....
.....
.....
.....

ARRIVEE LE ____/____/____
DEPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....
.....
.....
.....