



# 2020-2021

SAINT JEAN BREVELAY

**Dossier d'inscription Service Animation Jeunesse**  
A.L.S.H. mercredi / A.L.S.H. vacances scolaires / Garderie périscolaire / Espace Jeunes

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Age : ..... Date de Naissance : ...../...../.....


Établissement scolaire : .....

**Tuteur légal :**

Nom et Prénom des parents : .....

Adresse : .....

Adresse Mail :  .....

N° téléphone :  Domicile : .....

 Portable : .....

 Autre : .....

 Autre : .....

Régime allocataire : CAF (général) :

MSA (agricole) :

Autres : .....

Bénéficiaire bons vacances : CAF

MSA

A ....., Le .....

Certifie exact les renseignements portés sur cette fiche

**Signature des parents,**

## AUTORISATION PARENTALE

\*\*\*

### Autorisation quitter seul l'établissement

Nous soussignés, Madame et Monsieur : .....

- AUTORISONS notre enfant à quitter seul l'établissement à la fin des activités  
 N'AUTORISONS PAS notre enfant à quitter seul l'établissement à la fin des activités

\*\*\*

### Autorisation Personnes supplémentaires

Les tuteurs légaux peuvent autoriser des personnes en plus des parents à venir chercher l'enfant après les activités.

Nous soussignés, Madame et Monsieur : .....

Autorisons les personnes suivantes à venir chercher l'enfant :

Nom et Prénom :

Adresse :

Tel :

Nom et Prénom :

Adresse :

Tel :

\*\*\*

### Autorisation Hospitalisation

Nous soussignés, Madame et Monsieur : .....autorisons le responsable du service animation jeunesse de Saint Jean Brévelay à présenter mon enfant au médecin le plus proche et éventuellement à l'hospitaliser en cas d'urgence.

\*\*\*

### Autorisation de filmer / photographeur

Nous soussignés, Madame et Monsieur : .....

- AUTORISONS notre enfant à être filmé et/ou photographié individuellement ou en groupe dans le cadre des animations organisées par la commune (presse, brèves ...)  
 N'AUTORISONS PAS

**Mention « lu et approuvé »**

**Signature des parents**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

---



---



---



---



---



---

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

---

---

---

---

---

---

---

---

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

---

---

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :