

Fiche d'inscription 2023-2024

ENFANT

NOM : PRÉNOM :

FILLE

GARÇON

DATE DE NAISSANCE : ÂGE :

RESPONSABLE FAMILLE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

Téléphone domicile :

Portable Responsable 1 : Portable Responsable 2 :

Téléphone travail Responsable 1 : Téléphone travail Responsable 2 :

ADRESSE MAIL :

J'autorise la Ville de La Ricamarie à renseigner vos données personnelles de type numéro de téléphone, mail et adresse postale dans une base de données, dans un but d'information via la newsletter et/ou alerte SMS.

J'autorise

Je n'autorise pas

INFORMATION CAF

Régime d'appartenance: Régime Général (CAF) Mutuelle Sociale Agricole

N° d'Allocataire : Quotient Familial en cours :

La participation financière étant modulée en fonction du quotient familial des familles, les parents ou tuteurs allocataires de la caisse d'Allocations familiales autorisent le gestionnaire du service à consulter CDAP, service mis à disposition par la CAF :

J'autorise Je n'autorise pas

En cas de refus, le tarif appliqué sera le tarif maximum prévu.

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon fils, ma fille à quitter la structure d'accueil du Pôle Jeunes par ses propres moyens après les activités proposées.



Je n'autorise pas mon enfant à quitter la structure d'accueil seul.

Uniquement les personnes suivantes ; **munies d'une pièce d'identité** pourront prendre en charge l'enfant dès sa sortie de la structure d'accueil du Pôle Jeunes :



Nom de l'enfant : **Prénom de l'enfant** :

Nom	Prénom	Téléphone

IMPORTANT :

Les personnes dont les noms ne figurent pas sur ce document ne pourront pas récupérer l'enfant.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS		VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	
	Oui	Non		Oui	Non
Diphtérie			Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Tétanos			Hépatite B		
Poliomyélite			Pneumocoque		
Coqueluche			Méningite		
Haemophilus					

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

Précisez

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, si oui préciser** oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, Difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
 TEL PORTABLE :

NOM MEDECIN TRAITANT :
 TEL :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

PÔLE JEUNES LA RICAMARIE - PJR

Pour plus de renseignements :

09 70 21 03 65

secretariat.pjr@ville-la-ricamarie.fr

