

Animation Jeunesse année 20

Pour un dossier complet :

Le : / /

Maison des Jeunes de référence :

- Attestation d'assurance
 Attestation allocataire
 50m de natation
ou certificat parental d'aptitude à nager

LE JEUNE

Nom	Prénom
Né(e) le	Âge
Classe	Etablissement scolaire
N° de téléphone	M@il

RESPONSABLES LEGAUX

	PERE	MERE
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
PROFESSION		
N° de téléphone maison		
N° de téléphone portable		
N° de téléphone professionnel		
Adresse m@il :		

PRESTATIONS FAMILIALES (cochez les réponses exactes) :

- CAF MSA Autre (précisez) :
N° allocataire : Quotient familial :

ASSURANCES (joindre attestations)

	EXTRA SCOLAIRE	RESPONSABILITE CIVILE
Nom de la compagnie		
N° de contrat		

AUTORISATION PARENTALE (cochez la case correspondant à votre choix)

- Mon enfant pourra être pris en photo ou filmé (communication CCCPR) Oui Non
- J'autorise mon enfant à participer à une sortie encadrée par l'animateur Oui Non
- J'autorise mon enfant à rentrer seul de la maison des jeunes Oui Non
- J'autorise mon enfant à sortir librement du local jeunes (accueil libre) Oui Non

Attention : En cas d'interdiction de sortie libre :

Les conditions d'accueil du jeune devront être déterminées à l'inscription, entre l'animateur, les parents et l'enfant. Ces conditions devront être formalisées par écrit et signées par les 3 parties).

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

COUVERTURE MALADIE (entourez les réponses) :

CPAM MSA autres :

N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et / ou en faire une photocopie)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatites B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (précisez)	
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

Votre enfant suit-il un traitement médical annuel (cochez)

Oui Non lequel :

Votre enfant a-t-il eu une de ces maladies suivantes (cochez les réponses exactes) :

Rubéole :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non	Rougeole :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Coqueluche :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Varicelle :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non	Oreillons :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Otite :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Angine :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non

ALLERGIE (cochez et fournir attestation médicale)

Alimentaires, Médicamenteuse, Asthme, Autres (précisez) :

GRUPE SANGUIN :

RECOMMANDATION UTILES

Difficultés de santé, précaution à prendre, lunettes, etc

MEDECIN TRAITANT (Nom, coordonnées et n° de téléphone)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE. SI AUTO MEDICATION : LE SIGNALER !

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom prénom : N° tél : lien avec l'enfant :

Nom prénom : N° tél : lien avec l'enfant :

Je soussigné(e), responsable légal de mon enfant déclare :

- avoir pris connaissance du règlement de **l'Animation Jeunesse Cœur Pays de Retz**
- avoir rendu exacts les renseignements portés sur cette fiche
- autoriser l'Animation Jeunesse à prendre le cas échéant, toutes les mesures de traitements (Cochez)
 1. de premier soin oui non
 2. d'hospitalisation, oui non
 3. d'interventions chirurgicales rendues nécessaires par l'état de mon enfant. oui non
- Permettre à l'animateur de transporter l'enfant dans son véhicule si besoin oui non

Lu et approuvé

Signatures des responsables :

signature de l'adhérent(e) :