



FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE



1. IDENTITE DU JEUNE

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Tél portable :

2. RESPONSABLE DU JEUNE :

PARENT
Responsable légal ☐

Nom et prénom :
Adresse :
.....
Tél domicile :
Tél Professionnel :
Tél Portable :
E-mail :

PARENT
Responsable légal ☐

Nom et prénom :
Adresse :
.....
Tél domicile :
Tél Professionnel :
Tél Portable :
E-mail :

☐ IDENTITE DU RESPONSABLE SI DIFFERENT DES PARENTS

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Tél domicile : Tél port. : Tél prof. :
Email : N° de sécurité sociale :
Lien avec le/la jeune :

3. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE RESPONSABLE DE L'ENFANT

Régime Allocataire : Nom Allocataire :
N° Allocataire : Quotient familial :
Tutelle financière : Oui ☐ Non ☐ Organisme de tutelle : Code client :
Mutuelle : N°adhérent : L'enfant est-il assuré ? Oui ☐ Non ☐
Assureur : N° contrat : Début :/...../..... Fin :/...../.....

4. PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom et prénom :	Nom et prénom :
Qualité :	Qualité :
Téléphone :	Téléphone :

Autorisation parentale (Rayez les mentions inutiles)

Nous soussignés,

- Autorisons / n'autorisons pas notre jeune à arriver seul à l'accueil jeune ;
- Autorisons / n'autorisons pas notre jeune à repartir seul de l'accueil jeune ;



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

5. VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				B.C.G	
Tétanos				Monotest	
Poliomyélite				Hépatite B	
Ou DT Polio				Rougeole-Oreillons-Rubéole	
Ou Trétacoq				Coqueluche	
Ou Pentacoq				Autres (préciser).....	

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

ATTENTION : LE VACCIN ANTI TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

6. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

7.1 - L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL PENDANT LE SEJOUR ? 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)

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

	Oui	Non		Oui	Non
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Otite		
Angine			Rougeole		
Rhumatisme articulaire aigu			Oreillons		
Scarlatine					

**AUCUN MEDICAMENT
NE POURRA ETRE PRIS
SANS ORDONNANCE**

7.3 – ALLERGIES

	Oui	Non		Oui	Non
Asthme			Alimentaire		
Médicamenteuse			Autres.....		

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

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

7.4 – DIFFICULTES DE SANTE

(Maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....

7. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

.....
.....

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

Nom : Ville :

Téléphone : Lieu d'hospitalisation :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur les deux pages de 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.

Date :

Signature :