

Fiche d'inscription et Sanitaire

Services Jeunesse de St Christo en Jarez

Année d'inscription :

NOM et Prénom

Date de naissance : / /

ECOLE :

Cochez les services auquel votre enfant sera inscrit dans l'année

Centre de Loisirs Pôle jeunes
Périscolaire Camp

Nom du/des Parents Responsables : Père- Mère –Tuteur (1)

(1) rayez les mentions inutiles

NOM Prénom :
Adresse complète
.....

Numéros de téléphone :

	Père	Mère
<u>Domicile :</u>
<u>Travail :</u>
<u>Portable :</u>

N° de Sécurité Social :

Caisse :

Quotient Familial :

Allocations Familiales :

Nom de la caisse :
N° d'allocataire pour les ressortissants de la MSA :

Récupération de l'enfant

Votre enfant est il autorisé à repartir seul à l'heure prévue lors de l'inscription ? Oui Non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom Prénom
.....

Tel :
.....

Fiche Sanitaire

1. INFORMATIONS

Taille de l'enfant :

Poids :

2. VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins Obligatoire	oui	non	Dates des Derniers Rappels	Vaccins Recommandés	Dates des Derniers Rappels
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

**Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires,
merci de joindre un certificat médical de contre indications**

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3. RENSEIGNEMENTS

L'enfant suit-il un traitement Oui Non

Si oui merci de joindre **une ordonnance récente et les médicaments correspondants** (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine avec le nom de l'enfant)

MALADIES

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole Oui Non

Varicelle Oui Non

Angine Oui Non

Scarlatine Oui Non

Coqueluche Oui Non

Otite Oui Non

Rougeole Oui Non

Oreillons Oui Non

Rhumatisme Articulaire Oui Non

Autres (préciser) :

ALLERGIES

L'enfant a-t-il les allergies suivantes :

ASTHME Oui Non

MEDICAMENT Oui Non

ALIMENTAIRE Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (automédication...) :

AUTORISATIONS

SOINS D'URGENCE

J'autorise :

- les responsables des structures
 - à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et, si nécessaire, sous anesthésie.
 - à remmener l'enfant après consultation à l'hôpital.
 - à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités des services : en voiture individuelle ou/et par des moyens de transports collectifs et publics (car, SNCF).

ACTIVITES

J'autorise :

- mon enfant à se baigner sous surveillance
- mon enfant à participer à toutes les activités proposées durant l'année, après une inscription au préalable de cette dernière.
- à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités des services : en voiture individuelle ou/et par des moyens de transports collectifs et publics (car, SNCF).

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des services auxquels mon enfant est inscrit.

DROIT à la DIFFUSION D'IMAGE

J'AUTORISE (1) ou N'AUTORISE PAS (1) la diffusion de l'image de mon enfant

NOM :

Prénom de l'enfant :

Pris dans le cadre des activités des services sur les supports suivants (2):

- La publication dans la presse locale (ex : la Tribune)
- La publication dans la revue municipale (Le P'tit St-Christo)
- Les supports promotionnels des services (Vidéo, plaquette, ...)
- Site internet du village ou du service (www.st-christo.fr)

(1)rayez la mention inutile

(2)cochez les supports autorisés

Fait à le / /

Signature :
« Lu et approuvé »