

POINT JEUNES ADOS

PERMANENCES INSCRIPTIONS

Service Enfance Jeunesse 1 avenue du Roussillon

10-12h 14-19h du lundi au mercredi et 10-12h 14-18h le jeudi et le vendredi

(Lettres majuscules)

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

N° de tel de l'enfant :

N° Police assurance :

Nom Assureur :

Situation Familiale : Célibataire Mariés Pacsés Concubinage Divorcés Séparés

Garde : Père Mère Alternée Autre :

N° CAF/MSA (obligatoire) :

N° de sécu :

RESPONSABLE 1

Facture

NOM

PRENOM

ADRESSE

Code postal

Ville

Téléphone : Portable :

Courriel :

Employeur :

Téléphone : Portable :

RESPONSABLE 2

Facture

NOM

PRENOM

ADRESSE

Code postal

Ville

Téléphone : Portable :

Courriel :

Employeur :

Téléphone : Portable :

Autorisations parentales

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,,
responsable légal de l'enfant,

Accepte que mon enfant soit photographié et donne autorisation à la mairie d'utiliser les clichés pour sa communication

Autorise mon enfant, a participé à toutes les activités organisées par le service jeunesse, y compris les sorties

Autorise le directeur du centre et le médecin consulté, en cas d'accident, à prendre toutes les dispositions rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Signature du responsable légal

Date :

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER LE JOUR DE L'INSCRIPTION

- Attestation QF
- Fiche annuelle d'inscription dûment remplie
- Attestation d'assurance extrascolaire
- Fiche sanitaire de liaison dûment remplie (voir verso)
- Copies du carnet de vaccination OBLIGATOIRE
- UNE COTISATION DE 10€

AUTORISATIONS OBLIGATOIRES

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, anesthésie, demandent une **autorisation écrite des parents**. L'attestation ci-dessous est destinée à éviter les démarches auprès du Juge des enfants ou du Procureur de la République.

En tant que responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (1) donne l'autorisation de soigner, d'opérer, mon enfant (NOM) : _____ (Prénom) : _____ et de pratiquer les anesthésies générales ou locales pour ses soins durant son hospitalisation, et m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

En tant que responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (1) atteste que mon enfant satisfait aux obligations légales en matière de vaccinations et qu'il n'a aucune contre indication à la pratique d'activités physiques et sportives ainsi qu'à participer à la vie en collectivité (aucune contagion).

Ces informations sont fournies sous l'entière responsabilité du représentant légal de l'enfant, excluant par là même toute responsabilité de la Ville de VILLENEUVE DE LA RAHO. Vous voudrez bien faire connaître sans délai toute modification, pour raison médicale, des informations ainsi fournies et produire un certificat médical à l'appui.

J'autorise mon fils, ma fille, à pratiquer les activités proposées par le PJ et ainsi qu'à consommer les mets (pâtisseries, tartes sucrées ou salées...) préparés dans le cadre des animations. J'ai bien pris connaissance du ou des règlements intérieurs de le PJ et en accepte le contenu. Je consens également à ce que Le PJ diffuse l'image de mon (mes) enfant (s) à travers ses publications : articles de journaux, télévision, site Internet de la Mairie. Le Responsable de l'enfant s'engage à rembourser les sommes avancées en cas de frais médicaux. De plus, le PJ ne peut être tenue responsable en cas de perte et de vol.

REEMPLIR OBLIGATOIREMENT

| | |
|-----------------------------------|--|
| FICHE SANITAIRE DE LIAISON | L'ENFANT GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ MEDECIN TRAITANT ET TEL : _____ CLINIQUE <input type="checkbox"/> _____ HOPITAL <input type="checkbox"/> _____ |
|-----------------------------------|--|

1 – 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 | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétra coq | | | | | |
| 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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un PAI projet d'accueil individualisé ? (joindre une copie) 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.**

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

Je soussigné (NOM) (Prénom) responsable légal en qualité de père, mère, tuteur déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : _____ Signature(s) précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »

SIGNATURE (S) : _____