



Adhésion PIJ 2018-2019

NB : Fournir attestation responsabilité civile et copie des vaccins

Etat civil de l'enfant

Nom : Prénom.....

Adresse :

Né(e) le : à : Âge :

Tel : Email :

➤ Les responsables légaux :

Les deux parents Père Mère Tuteur

Représentant 1

Représentant 2

Nom :

.....

Prénom :

.....

Profession :

.....

Téléphone portable :

.....

Téléphone fixe :

.....

Adresse :

.....

Commune :

.....

Mail :

.....

➤ Situation familiale :

Mariés / Pacsés séparés/ divorcés * union libre Célibataire

➤ Organisme d'affiliation :

Régime : CAF MSA Autre : N° allocataire* :

*A fournir obligatoirement même si vous ne bénéficiez pas d'aide

Quotient familial :

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, à participer 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

date :

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

*RAPPEL : lors du centre, de la garderie ou des séjours, si traitement médical, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.***

1- **LES VACCINS** : fournir une photocopie des vaccins à jour

2- LES ALLERGIES

.....
.....

Préciser la conduite à tenir et signaler si traitement

.....
.....

3- **LES DIFFICULTES DE SANTE** (maladies, crises convulsives, opération, asthme..... Et les précautions à prendre)
:

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

4- **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (lentilles, prothèses auditives, dentaires...)

.....
.....

5- MEDICAL

Médecin famille (nom, adresse, téléphone).....

.....

En cas d'hospitalisation nécessaire, je souhaite que mon enfant soit conduit, dans la mesure du possible

à l'hôpital à la clinique

Personne(s) à prévenir en cas d'accident (autre que les parents)

.....
.....

6- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur de l'ALSH à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgical) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature des parents :