Dossier d'inscription 2023 - 2024

Autorisation parentale :

Je soussigné(e) _____ Né(e) le: _____

autorise mon enfant _____ Né(e) le: _____

À fréquenter l'espace jeunes et à participer aux activités des vacances.

N° allocataire CAF _____

N° allocataire MSA _____

si pas de N°allocataire, fournir une attestation sécurité sociale.

Adresse : .....

.....

.....

Personne à contacter en cas d'accident : .....

Tél. du domicile (et/ou portable) : .....

Tél. sur le lieu de travail : .....

E-mail : .....

J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités : ☐ **OUI** ☐ **NON**
(cochez la case correspondant à votre décision)

J'autorise le Service Jeunesse à diffuser des photos de mon enfant pour les besoins du service : ☐ **OUI** ☐ **NON**

J'autorise le Service Jeunesse à consulter les données CDAP (CAF) : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Signature des parents *(obligatoire)*

Pièces à joindre à votre dossier : Uniquement pour les activités des vacances

- ☐ Certificat médical d'aptitude aux activités sportives. (de moins d'un an au moment de l'activité)
- ☐ Justificatif de domicile
- ☐ Brevet de natation 50 m pour les activités nautiques. *(avec le tampon de la piscine)*

L'inscription de votre enfant ne sera effective qu'une fois le dossier retourné à l'Antirouille avec la cotisation de 1€ pour l'année.

Ce dossier d'inscription est valable une année scolaire.

Pour les activités des vacances, il reste toutefois nécessaire d'inscrire votre enfant, pour la ou les journées auxquelles il souhaite participer.

Renseignements : **Service Jeunesse** - L'Antirouille - Place du Foirail / **04 66 42 61 47** - jeunesse@mende.fr

Fiche sanitaire de liaison
2023 - 2024

1 - Enfant

☐ Garçon ☐ Fille

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

SERVICE JEUNESSE

04 66 49 33 39

2 - 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 Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.
ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

- L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants ***(médicaments dans leur emballage d'origine et marqués au nom de l'enfant, avec la notice)***. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole ☐**OUI** ☐**NON**	Varicelle ☐**OUI** ☐**NON**	Angine ☐**OUI** ☐**NON**	Rhumatisme articulaire aigu ☐**OUI** ☐**NON**	Scarlatine ☐**OUI** ☐**NON**
Coqueluche ☐**OUI** ☐**NON**	Otite ☐**OUI** ☐**NON**	Rougeole ☐**OUI** ☐**NON**	Oreillons ☐**OUI** ☐**NON**	

- **Allergies :**

Asthme	☐**OUI** ☐**NON**	Médicamenteuses	☐**OUI** ☐**NON**
Alimentaires	☐**OUI** ☐**NON**	Autre	

- **Indications :** .....

4 - Responsable de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : ●Domicile : ..... ●Portable : ..... ●Au travail : .....

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date : ..... **Signature :**