



Dossier d'inscription 2024 - 2025

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.

Fiche sanitaire de liaison 2024 - 2025



04 66 49 33 39

1 - Enfant

Garçon Fille

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

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 <i>(préciser)</i>	
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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coqueluche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

● Allergies :

Asthme <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Médicamenteuses <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Alimentaires <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 :