



# 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                 |       |
| <b>Ou</b> DT Polio   |     |     |                            | Autres <i>(préciser)</i>   |       |
| <b>Ou</b> 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<br><input type="checkbox"/> NON    | Varicelle <input type="checkbox"/> OUI<br><input type="checkbox"/> NON | Angine <input type="checkbox"/> OUI<br><input type="checkbox"/> NON   | Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> OUI<br><input type="checkbox"/> NON | Scarlatine <input type="checkbox"/> OUI<br><input type="checkbox"/> NON |
| Coqueluche <input type="checkbox"/> OUI<br><input type="checkbox"/> NON | Otite <input type="checkbox"/> OUI<br><input type="checkbox"/> NON     | Rougeole <input type="checkbox"/> OUI<br><input type="checkbox"/> NON | Oreillons <input type="checkbox"/> OUI<br><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 : .....