



DOSSIER D'INSCRIPTION 2024-2025

<p>ENFANT</p> <p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> Fille / <input type="checkbox"/> Garçon Classe :</p> <p>Date de naissance : Âge :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Code postal : Commune :</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1125 333 1382 573">Coller photo</td> <td data-bbox="1382 333 1473 573"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="1038 573 1473 927"> <p>RÉGIME SOCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres</p> <p>N° de sécurité sociale :</p> <p>N° allocataire CAF :</p> </td> </tr> </table>	Coller photo		<p>RÉGIME SOCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres</p> <p>N° de sécurité sociale :</p> <p>N° allocataire CAF :</p>	
Coller photo					
<p>RÉGIME SOCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres</p> <p>N° de sécurité sociale :</p> <p>N° allocataire CAF :</p>					
<p>RESPONSABLES DE L'ENFANT</p> <p>Nom & Prénom de la mère :</p> <p>Adresse :</p> <p>Numéro de téléphone :</p> <p>Mail :</p> <p>Nom & Prénom du père :</p> <p>Adresse :</p> <p>Numéro de téléphone :</p> <p>Mail :</p>					
<p>AUTORISATION DÉPART</p> <p><input type="checkbox"/> Autorise l'enfant <input type="checkbox"/> N'autorise pas l'enfant à partir accompagné(e) de M. ou Mme :</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> J'autorise l'enfant <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas l'enfant à la fin de l'accueil à partir seul(e) pour se rendre jusqu'à son domicile.</p>					
<p>AUTORISATION DROIT À L'IMAGE</p> <p><input type="checkbox"/> Je cède <input type="checkbox"/> Je ne cède pas le droit à l'image de mon enfant à l'association pour son éventuelle utilisation lors de publications ou de diffusions (presse, édition papier, site internet, tout support de communication...), à des fins non commerciales, d'information et de communication.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas l'espace jeunesse à envoyer des SMS et utiliser l'adresse mail pour l'envoi de toutes informations concernant l'espace jeunesse de Planète ChampsaurValgo.</p> <p>Date : Signature :</p>					

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT POLIO				BCG	
Ou TETRACOQ				Autres :	

JOINDRE LES COPIES DES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTÉ OU UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

si oui, joindre l'ordonnance originale accompagnée des médicaments dans leurs emballages d'origine 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	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ALLERGIES ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation, crises convulsives) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

.....

Régime spécifique : Oui Non

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Je soussigné(e) Mme ou M. responsable légal, tuteur, père, mère, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le cas échéant toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant pendant la durée du séjour. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature :