

Identité du jeune

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Collège/ lycée :

N° portable :

Régime d'affiliation

- ☐ CAF : N° allocataire
- ☐ CAF autre département : N° allocataire
- ☐ MSA : N° SECU de l'allocataire
- ☐ Familles du régime divers : N° allocataire

Pour les activités

J'autorise mon enfant à voyager :

- ☐ En voiture particulière (co-voiturage..)
- ☐ En transport collectif (train, bus...)

J'autorise mon enfant à être photographe ou filmer :

☐ Oui ☐ Non

A la piscine, mon enfant :

☐ Sait nager ☐ Ne sait pas nager

L'association peut à des fins administratives l'applicatif "Consultation des Données Allocataires par le Partenaire "CDAP"
ex: Cafpro pour la consultation des QF.

☐ J'accepte ☐ Je n'accepte pas l'utilisation

Représentant légal

Représentant 1

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Adresse mail :

Tel portable :

Tel professionnel :

Profession :

Représentant 2

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Adresse mail :

Tel portable :

Tel professionnel :

Profession :

Règlement

☐ Espèce ☐ Chèque

☐ **Adhésion à la carte Familles Rurales 33 €** / Si déjà adhérent merci d'indiquer le numéro d'adhérent ainsi que la structure

Si adhérent carte FR	20 €
Si non adhérent carte FR	25 €
Hors communes associées *	30 €

*Autres communes n'incluant pas Artannes, Bellevigne-les-Châteaux, Distré, Rou-Marson, Varrains, Verrie, les Ulmes, le Courdray-Macouard

Je reconnais avoir pris connaissance et certifie exactes toutes les informations fournies à cette inscription.

Fait à :

Le

Signature :

AFRIEJ

8 rue de l'échallier, 49400 DISTRE

02 41 50 46 45 ou 07 87 66 99 65

association.afriej@gmail.com



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :/...../.....
SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diph�rie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

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

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

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

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N 1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :
.....

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

Responsable N 2 : : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :
.....

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :