

**Nom et prénom de l'enfant**.....

Né(e) le : ...../...../..... à .....

Téléphone du jeune : .....

**Nom du représentant légal de l'enfant (père, mère, tuteur légal) :**

.....

Adresse complète :

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

**Numéro Allocataire :** ..... **Quotient Familial :** .....

**Nous devons pouvoir vous joindre à tout moment de la journée :**

<p><b>PÈRE</b> .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Téléphone:.....</p> <p>Profession : .....</p> <p>Employeur : .....</p> <p>N°professionnel : .....</p>	<p><b>MÈRE</b> .....</p> <p>Adresse .....</p> <p>Téléphone:.....</p> <p>Profession : .....</p> <p>Employeur : .....</p> <p>N°professionnel : .....</p>
--	--

**Documents à fournir**

- Attestation d'assurance extrascolaire
- Certificat médical d'aptitude à la pratique sportive (ou photocopie de la licence sportive)
- Photocopie du carnet de santé (pages vaccins)
- Attestation de droit de sécurité sociale
- Attestation quotient familial
- Adhésion de 10€ (chèque à l'ordre du trésor public) à renouveler en janvier ou 15 euros hors commune

## À LIRE ET À SIGNER

✓ Je soussigné(e), M / Mme ..... responsable de l'enfant désigné précédemment, certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du Point Jeunes.

✓ Je m'engage, s'il y a lieu, à rembourser à la ville de Torreilles les frais médicaux occasionnés en cas d'intervention du médecin.

OUI       NON

Signature :

## DROIT A L'IMAGE

✓ J'autorise l'équipe d'animation et l'organisateur à utiliser l'image de mon enfant sur support pédagogique ou informatique pour la présentation et l'illustration du Point Jeunes. (Facebook, Torreilles info....)

OUI       NON

Signature :

## AUTORISATIONS

### J'autorise mon enfant à:

✓ Venir seul au Point jeunes ou directement sur l'activité :       OUI       NON

✓ Rentrer seul du Point Jeunes ou de l'activité :       OUI       NON

*Si non, mentionner le nom des personnes autorisées à accompagner ou à venir chercher l'enfant :*

.....

✓ Quitter seul l'enceinte de la structure (PJ + complexe sportif) à tout moment de la journée

OUI       NON

✓ Participer à toutes les activités (interieur et exterieur)       OUI       NON

✓ Jouer à des jeux vidéo (call of, gta..) :       OUI       NON

# FICHE SANITAIRE

**NOM:** ..... **Prénom:**.....

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

**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 (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL 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 (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées 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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME      oui  non       MÉDICAMENTEUSES      oui  non   
ALIMENTAIRES      oui  non       AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

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

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*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, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :