



FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

JEUNE

NOM :

Prénom :

Né(e) le : / /

à.....

Sexe : M F Autres

Établissement scolaire fréquenté :

Portable :

PARENTS OU RESPONSABLE DE L'ENFANT

Parent 1

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Portable :

Travail :

@ Courriel :

Profession.....

Parent 2

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe :

Portable :

Travail :

@ Courriel :

Profession.....

SITUATION PARENTALE

Si divorcé ou séparé, préciser celui/celle qui a la garde de l'enfant :

parent 1 parent 2 alternée

Précisez qui a l'autorité parentale :

parent 1 parent 2 les 2

Tuteur légal

(joindre copie de l'acte de jugement)

Personnes autorisées à prendre en charge votre jeune :

NOM Prénom

En qualité de

n° de téléphone

ORGANISME D'AFFILIATION

Régime auquel vous appartenez :

Régime général CAF Régime MSA Autres régimes

N° allocataire :

Compagnie d'assurance responsabilité civile :

N° d'adhérent :

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise à rentrer seul(e) à son domicile ou ailleurs

Autorisation de transport : pour des nécessités de fonctionnement, j'autorise l'équipe de direction à transporter en véhicule

Je soussigné (e) :

- Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche
- Accepte les conditions de fonctionnement et le règlement intérieur
- Autorise en cas d'urgence, le responsable de la structure à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement, hospitalisation.....)
- Décharge les responsables de la structure de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après la prise en charge de l'enfant
- Dégage le secteur jeunes d'Arbois de toute responsabilité en cas de vol, de casse ou de perte d'objets personnels (bijoux, jouets, vêtements, etc...)
- M'engage à informer le secteur jeunes d'Arbois de tout changement relatif aux renseignements fournis

Fait à.....

le.....

Signature précédée de la mention : « lu et approuvé »

Signature du Responsable légal 1 :

Signature du Responsable légal 2 :





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS

Ville d'ARBOIS



(Jura)

AUTORISATION PARENTALE DE CAPTATION ET D'EXPLOITATION DE PHOTOGRAPHIES (pour mineur)

Je soussigné(e).....

Déclare sur l'honneur

Être le représentant légal du mineur

Nom, prénom :

Date de naissance :

Demeurant :

Autorise à utiliser les images réalisées par la mairie d'Arbois et représentant mon enfant.

La présente autorisation comprend la reproduction, la publication et la diffusion des images sous leur forme initiale ou après adaptation pour des raisons techniques, par tout procédé.

En conséquence de quoi, et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et aux droits de la personnalité, nous autorisons la mairie d'Arbois à reproduire et communiquer au public les photographies effectuées. Les photographies pourront être exploitées et utilisées dans le cadre des actions d'information et de communication, auprès des différents publics, sous toute forme et tous supports connus.

La mairie d'Arbois s'interdit expressément de procéder à une exploitation des images et enregistrements susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, à la dignité ou à l'intégrité de la personne photographiée.

Vous garantissez que vous n'êtes pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de votre image ou de votre nom.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit.

La présente autorisation est accordée sans limitation de durée à compter de sa signature.

Date et Signature :