

Dossier d'inscription

☞ Animations jeunes 10-17 ans: vacances scolaires, Local jeunes, chantiers jeunes, sorties ponctuelles.

Année scolaire 2018 - 2019 (du 03/09/2018 au 31/08/2019)

Dossier à retourner en Mairie - Mairie Annexe de Maxéville ou aux animateurs Ville de Maxéville

Pour tout renseignement : 03 83 32 30 00 ou www.mairie-maxeville.fr

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE PRIS EN COMPTE.

NOM de l'enfant :

Collège ou lycée:

Prénom de l'enfant :

Date de naissance : ... / ... / ...

F

G

Responsables de l'enfant

Responsable légal

père mère tuteur autre:

NOM:

Prénom:

Adresse:

Code postal: Ville:

Courriel:

Téléphone domicile:

Téléphone portable:

Téléphone prof.:

N° sécurité sociale:

Sté d'assurance :N° contrat :

Attestation d'assurance obligatoire

Responsable légal

père mère tuteur autre:

NOM:

Prénom:

Adresse:

Code postal: Ville:

Courriel:

Téléphone domicile:

Téléphone portable:

Téléphone prof.:

N° sécurité sociale:

Sté d'assurance :N° contrat :

Attestation d'assurance obligatoire

PERSONNE À CONTACTER (en cas d'absence des parents)

Les personnes mentionnées ci-dessous sont autorisées à venir chercher mon enfant :

Personne(s) âgée(s) de plus 18 ans (une pièce d'identité pourra être demandée par les animateurs).

• Nom et prénom: Téléphone: Lien de parenté: Âge :

• Nom et prénom: Téléphone: Lien de parenté: Âge :

CONDITIONS

Je soussigné(e) Responsable légal(e) de l'enfant

J'autorise mon enfant à fréquenter le local jeunes chaque mercredi durant les périodes scolaires.

☞ La présence des parents pour la sortie des enfants n'est pas nécessaire.

Je certifie que mon enfant est apte à pratiquer les activités pour lesquelles je l'ai inscrit.

J'accepte que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pour un usage non commercial dans le cadre de l'ensemble des activités périscolaires et extrascolaires. (ces photos pourront être utilisées dans le cadre de la promotion des animations sur le support Facebook via la page de la Ville de Maxéville).

J'autorise mon enfant à utiliser les transports en commun pour les sorties extérieures.

J'autorise mon enfant à rentrer seul des activités durant les vacances scolaires.

Je m'engage à venir chercher mon enfant aux heures indiquées

Fait à, le / /

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »:



1 - ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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	
Polioomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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-TIL 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 (PACULIAIR).....

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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

.....

