



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018/2019

ACCUEIL DE JEUNES PENDANT LES VACANCES

MULTISPORTS, SORTIES et STAGES



Merci de joindre impérativement avec cette fiche :

- Attestation d'assurance ou Numéro extrascolaire 2018/2019
- Vaccins du carnet de santé

L'ENFANT

Sexe : F M

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Adresse domicile famille : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Mail : _____ Tél fixe : _____

N° d'allocataire CAF (obligatoire) : _____

- Régime Général (Sécurité Sociale, RAPT/SNCF)
- Régime Particulier (MSA, EDF/GDF)

N° d'immatriculation : _____

Assurance (obligatoire) : _____ N° de contrat : _____

Nom de la mère : _____ Prénom : _____

Tél Professionnel: _____ Portable: _____

Nom du père : _____ Prénom : _____

Tél Professionnel: _____ Portable: _____

SORTIES ET ACTIVITES DE L'ACCUEIL JEUNESSE

L'enfant peut-il rentrer seul ? OUI NON

Si NON : pour rentrer chez lui, il devra attendre la venue d'une des personnes, autres que les parents, mais **obligatoirement majeures**, désignées ci-dessous (n° téléphone obligatoire) :

NOMS	PRENOMS	NUMEROS	LIENS DE PARENTE

REGIME ALIMENTAIRE

- Aucun
- Sans porc
- Végétarien*
- Autre

*Végétarien : aucun menu de substitution ne sera proposé, par contre de plus grandes quantités de légumes/féculeux seront données.

ALLERGIE ALIMENTAIRE : Pour toute allergie, merci de bien vouloir faire une demande de PAI (Projet d'Accueil Individualisé) auprès de votre médecin.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune suit-il un traitement ? OUI NON

Si OUI lequel ? _____

- Joindre la photocopie de l'ordonnance du médecin

Si handicap :

Merci de prendre contact avec la Coordinatrice du Service Jeunesse afin d'organiser l'accueil de votre enfant.

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes : Indiquez ci-dessous les autres difficultés de santé (allergies...)

RUBEOLE OUI - NON	VARICELLE OUI - NON	SCARLATINE OUI - NON
COQUELUCHE OUI - NON	OREILLONS OUI - NON	ROUGEOLE OUI - NON

Désignation	Date

VACCINATIONS

Obligatoire Joindre la photocopie des vaccins du carnet de vaccination

EN CAS D'URGENCE (autre que les parents)

M., Mme _____ Tél : _____ Port : _____

M., Mme _____ Tél : _____ Port : _____

ATTESTATION DU REPRESENTANT LEGAL Mère Père Tuteur

Mme, M. _____ demeurant _____

Autorisation de soins :

J'autorise les animateurs, agréés DDCS, diplômés PSC1 à donner à mon enfant les premiers soins et les traitements médicaux que son état de santé pourrait nécessiter et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions d'un médecin dans l'hôpital le plus proche.

OUI NON

Autorisation de droit à l'image :

J'autorise les équipes des structures municipales à exploiter les images prises au cours des activités réalisées sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tous supports de communication : photos, films, site internet, article de presse, reportage vidéo...

OUI NON

Je m'engage :

- 1) A respecter le règlement intérieur en vigueur
- 2) A compléter la fiche de renseignement recto/verso et à nous la remettre le plus rapidement possible pour l'enregistrement de l'inscription.

La commune de Saint Witz décline toute responsabilité en cas de perte, de vol ou de détérioration de vêtements ou d'objets personnels (par exemple lunettes, appareils dentaire ou auditif, bijoux, jeux vidéo, téléphone portable...).

Fait à Saint Witz, le _____

Signatures des Parents