

Fiche d'inscription 2024/2025



Renseignements des parents (représentants légaux)

- Dossier parent 1 et parent 2 :
- Dossier parent 1 : Préciser semaine paire ou impaire
- Dossier parent 2 : Préciser semaine paire ou impaire

Parent 1 :

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Lieux de naissance :
- Pays de naissance :
- Téléphone :
- Mail (pour l'espace famille) :
- N° CAF :
- N° fiscal :
- Adresse :

Parent 2 :

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Lieux de naissance :
- Pays de naissance :
- Téléphone :
- Mail :
- N° CAF :
- N° fiscal :
- Adresse :

Renseignements de l'enfant :

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Sexe :
- Etablissement scolaire :
- Classe (à la rentrée de Septembre) : Enseignant :

Personnes autorisés à venir chercher l'enfant :

Entourage familiale Nom / Prénom :	Lien de parenté (beau père / belle mère, grands parents) :	Numéro de téléphone :

Nous certifions sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclarons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la structure et nous nous engageons à le respecter.

J'autorise / Je n'autorise pas : la structure à saisir mes informations personnelles.

Fait le :

J'autorise / Je n'autorise pas : la structure à saisir mes informations sanitaire.

Fait le :

Signature des représentants légaux :



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
Diphtérie				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
MÉDICAMENTEUSES 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 :



AUTORISATION DE FILMER, PHOTOGRAPHER, EXPLOITER L'IMAGE ET DIFFUSER L'IMAGE

Je soussigné(s).....

Autorise le Centre Jacques Baize de la ville de Bresles. À filmer (et/ou photographeur), sans contrepartie de quelque nature que ce soit, mon (mes) Enfant(s) mineur(s) :

Nom(s) :

Prénom(s) :

Nom(s) :

Prénom(s) :

À diffuser, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, l'image de mon (mes) enfant(s) susmentionné(s) sur le site internet et Facebook de la ville, le groupe Facebook privé du centre ou toutes autres communications concernant le centre.

Cette autorisation exclut toute autre utilisation de l'image de mon (mes) enfant(s), notamment dans un but commercial ou publicitaire.

Fait à

Le

Signatures des représentants légaux (père et mère)