

Service enfance jeunesse de la mairie de Plougonven.

Fiche d'inscription de l'espace jeune PASAJ

Je soussigné(e):

Nom:.....Prénom:.....

Adresse:.....

Responsable de l'enfant:.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date:.....

Signature:

N.B: conformément à l'article L.227-4, nous sommes tenues de vous informer en tant que responsables légaux des mineurs de votre intérêt de souscrire à un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent exposer les activités auxquels participe vos enfants. (Art L227-5 du CASF). Il est également important de faire le lien entre le contrat d'assurance souscrit et les activités proposées, particulièrement les activités physiques relevant de l'arrêté du 25 avril 2012.

Nom du jeune (majuscule):.....

Prénom:.....

Date et lieu de naissance:.....

Nom, adresse des parents ou responsables:.....

N° de téléphone:..... N° de portable :.....

N° de portable jeune :..... adresse mail jeune :.....

N° de sécurité sociale:..... caisse:.....

N° autre régime:..... caisse:.....

N° allocation familiale:..... caisse:.....

Profession du père:..... empl.té:.....

Profession de la mère:..... empl.té:.....

S'il y a lieu, nom et adresse du service social qui a demandé le placement:.....
..... té:.....

Le jeune est-il déjà allé en centre de vacances?

Année et organisme:.....

École fréquentée:.....

Niveau d'études:.....

Nombres de sœurs(s)..... de frère(s):.....

Autorisation parentale

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Je soussigné:
 -Autorise le directeur du centre de loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales en cas de nécessité.
 -Si le centre de Loisirs organise des baignades:

J'autorise l'enfant à se baigner
 Je n'autorise pas l'enfant à se baigner

A..... le.....

Signature:

Autorisation d'utilisation d'images

Objet : Autorisation de publication de photographies

Je soussigné:....., autorise par la présente le responsable du PASAJ Gaelle PHILIPPE, représentée par son maire, à diffuser la (les) photographie(s) prises lors du centre du centre de loisirs sur laquelle (lesquelles) figure mon fils/ fille.....

Cette autorisation est valable :

pour l'édition de documents de nature pédagogique (journal interne et externe) pour des expositions relatives au centre ou à nos séjours pour la publication sur le site internet de l'organisateur.

Cette autorisation est valable pour une durée de 1 an et pourra être révoquée à tout moment. La présente autorisation est incessible.

A..... le.....
 Signature:.....

Observations que vous souhaitez formuler:

.....

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomylérite				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 antitétanique ne présente aucune contre-indication.

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?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATIN E
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	AUTRES
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 Médicamenteuse oui non Alimentaire oui non
 Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir:.....

L'enfant mouille t-il son lit? Non occasionnellement oui
 S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée? Non oui