



## POINT-JEUNES DE SALEILLES

**Nom et prénom de l'enfant**

.....

Né(e) le : ...../...../.....

à .....

Téléphone du jeune : .....

**Nom-Prénom du représentant légal de l'enfant (père, mère, tuteur légal) :**

.....

.....

**Adresse complète :**

.....

.....

Téléphone personnel du représentant légal : .....

Téléphone travail : .....

Mail : .....

**N° Sécurité sociale :** .....

**Numéro Allocataire :** .....

**Quotient Familial** .....

**Nous devons pouvoir vous joindre à tout moment de la journée :**

**PÈRE**

**MÈRE**

.....

.....

Adresse :

Adresse

.....

.....

Téléphone :

Téléphone :

.....

.....

Profession :

Profession :

.....

.....

Employeur :

Employeur :

.....

.....

Numéro téléphone professionnel :

Numéro téléphone professionnel :

.....

.....

### **Documents à fournir**

- Attestation d'assurance extrascolaire.
- Certificat médical d'aptitude à la pratique sportive (ou photocopie de la licence sportive de l'année en cours).
- Photocopie du carnet de santé (pages des vaccins).
- Attestation de droit de sécurité sociale.
- Attestation quotient familial.
- Adhésion annuelle (année civile) de 10 € (chèque à l'ordre de : Régie de recettes).
- Information concernant un éventuel PAI ou autre

✓ Je soussigné(e), M/Mme ..... responsable de l'enfant désigné précédemment, certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du Point-Jeunes.

✓ Je m'engage, s'il y a lieu, à rembourser à la ville de Saleilles, les frais médicaux occasionnés en cas d'intervention du médecin.

OUI       NON

Signature :

✓ J'autorise l'équipe d'animation et l'organisateur à utiliser l'image de mon enfant sur support pédagogique ou informatique pour la présentation et l'illustration du Point-Jeunes (Facebook « Ville de Saleilles», Site Internet de la commune....)

OUI       NON

Signature :

**J'autorise mon enfant à :**

- Venir seul au Point-Jeunes ou directement sur l'activité :       OUI       NON

- Rentrer seul du Point-Jeunes ou de l'activité :       OUI       NON

*Si non, mentionner le nom des personnes autorisées à accompagner ou à venir chercher l'enfant* .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Quitter seul l'enceinte de la structure à tout moment de la journée       OUI       NON

- Participer à toutes les activités (intérieur et extérieur)       OUI       NON

- Jouer à des jeux vidéo (call of, gta...) :       OUI       NON

NOM: .....

Prénom:.....

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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-T-IL 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 (FACULTATIF).....

*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 :