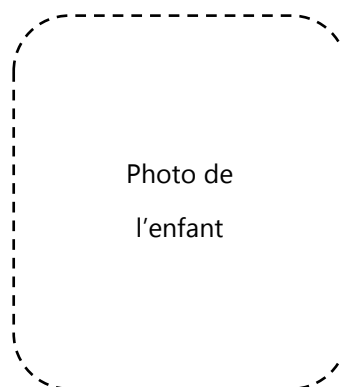




DOSSIER D'INSCRIPTION
ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS 4/13 ANS
FJEPCS LA PASSERELLE

Nom / Prénom de l'enfant :

Numéro de téléphone à joindre en cas
d'urgence :



Afin de finaliser votre inscription vous devez obligatoirement fournir les documents suivants :

- Fiche d'adhésion (remplie recto/verso)
- Fiche sanitaire (pour la partie vaccin, faire une photocopie de la partie vaccination du carnet de santé)
- Questionnaire d'autonomie
- L'adhésion à l'association (7€50 à partir de septembre, 3€75 à partir d'avril)
- Votre règlement en chèque à l'ordre du FJEPCS La Passerelle ou espèces

BULLETIN REGLEMENTS



Adhésion

Montant	Date de règlement	Mode de règlement

Vacances

Période	Montant	Date de règlement	Mode de règlement
Octobre			
Février			
Avril			
Eté			

Mercredis Loisirs

Période	Montant	Date de règlement	Mode de règlement
1 ^{ère} période			
2 ^{ème} période			
3 ^{ème} période			
4 ^{ème} période			
5 ^{ème} période			

Hip-Hop

Trimestre	Montant	Date de règlement	Mode de règlement
1 ^{er} trimestre			
2 ^{ème} trimestre			
3 ^{ème} trimestre			

Sorties extérieures

Sortie	Montant	Date de règlement	Mode de règlement

ADHERENT (ENFANT)

Nom Prénom

Date de naissance Âge

Adresse complète

RESPONSABLES LEGAUX TUTEUR

Nom

Prénom

CONTACTS

Tél fixe

Portable

E-mail

SITUATION PROFESSIONNELLE

Employeur

Etes-vous au chômage ? OUI / NON OUI / NON

Etes-vous bénéficiaire (entourez) : RSA / ASS / AAH RSA / ASS / AAH

SITUATION FAMILIALE (A REMPLIR IMPERATIVEMENT)

Nombre d'enfants à charge : _____ Régime allocataire CAF / MSA / Autre : _____

Quotient familial : _____ Numéro d'allocataire : _____

FICHE DE RESPONSABILITE

En cas d'absence du responsable légal, à quelles personnes l'équipe d'animation peut-elle confier l'enfant ?

Merci d'indiquer ci-contre les noms, prénoms, et numéros de téléphones des personnes concernées.

Autorisez-vous l'enfant à partir seul du centre de loisirs ? OUI / NON

FAIT A :

LE :

SIGNATURE :

DROIT A L'IMAGE

- Autorise le FJEPCS La Passerelle à photographier mon enfant pendant les accueils collectifs de mineurs et à diffuser l'image, si besoin, pour différents usages : panneaux de présentation des activités pour les parents, dossiers, assemblée générale etc. Le FJEPCS La Passerelle restera propriétaire des photos.
- N'autorise pas le FJEPCS La Passerelle à utiliser l'image de mon enfant.

Fait à :

Le :

Signature :

AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigné(e) (responsable légal de l'enfant, tuteur)

demeurant

autorise le FJEPCS La Passerelle à transporter l'enfant nommé ci-dessus vers les lieux définis dans les programmes d'activités en véhicule appartenant au FJEPCS La Passerelle ou tout autre moyen de transport en commun (bus, avion, train etc.).

Fait à :

Le :

Signature :

MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
-------	----------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? 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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

.....
.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

.....
.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énorésie nocturne :

.....
.....

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRENOM :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :(OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL

