



## FICHE D'INSCRIPTION 2019-2020 Maison de Quartier La BELLANGERAIS

### Renseignements concernant l'enfant inscrit :

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Né(e) le :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_

**N° Tél de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**Tel parents :** \_\_\_\_\_

Établissement scolaire : \_\_\_\_\_

Classe suivie : \_\_\_\_\_

Adresse Mail l'enfant : \_\_\_\_\_

**Dans quelle activité de la Bellangerais votre enfant est-il inscrit ?**

**Famille :** **L'enfant vit chez**  ses deux parents  
 son père  sa mère  un tuteur

**Père :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

**Mère :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

**NUMERO ALLOCATAIRE CAF :** \_\_\_\_\_

**Quotient familial :** \_\_\_\_\_

**Numéro CAF des parents :**

Afin de calculer le montant de certaines activités/sorties/mini camps en fonctions de votre quotient familial, nous avons besoin de votre autorisation pour consulter votre dossier CAF.

J'autorise l'accès sécurisé et restreint de mon dossier CAF  OUI   
 NON

### **AUTORISATION PARENTALE**

**Je soussigné(e), père, mère ou tuteur légal de l'enfant :**

- Atteste** avoir pris connaissance des activités proposées, du fonctionnement du secteur jeunesse.
- Autorise** le responsable de l'activité à prendre toutes les mesures jugées utiles en cas d'accident (en cas d'hospitalisation, l'enfant sera, sauf avis contraire, conduit au C.H.R.U de Rennes par les pompiers ou le SAMU).
- Autorise** mon enfant à effectuer des déplacements en car, minibus, ou véhicules des animateurs assurés
- Confirme** avoir vérifié que mon assurance en Responsabilité Civile couvre bien les activités extrascolaires de mon enfant
- J'autorise** les associations partenaires à prendre et à diffuser des photos de mon enfant dans le cadre des activités pour la communication interne et externe

**Fait à** \_\_\_\_\_

**le,** \_\_\_\_\_

**Signature** d'un/des responsables légaux de l'enfant, suivie de la mention « lu et approuvé »



# Fiche sanitaire de liaison



**Nom du mineur :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Sexe :**  M  F

**Date et lieu du séjour : ACM MQBELLANGERAIS 2019-2020**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi des mineurs en séjour de vacances ou de loisirs) ; elle évite de vous démunir 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 recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-oreillons-Rougeoles	
BCG				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Autres (Préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.

## 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

**Poids :** ..... **Taille :** .....  
(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 OUI  NON

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 particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

OUI  NON

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

## 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

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

## 4- RESPONSABLE DU MINEUR

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse pendant le séjour :** .....

**Tel domicile :** ..... **Tel du travail :** .....

**Tel Portable :** .....

**Nom et Tel du médecin traitant :** .....

Je soussigné(e) ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaires par l'état de santé de ce mineur. J'autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

**DATE :**

**SIGNATURE :**