



FICHE D'INSCRIPTION 2020-2021 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 :