

Association Vivre Jeune à Jausiers  
04.92.84.69.24 / 07.68.500.777  
mdj.jausiers@gmail.com  
facebook.com/mdj.jausiers  
255 av. des mexicains  
04850 Jausiers



Nom et PRENOM (de l'enfant) : .....
DATE et LIEU de naissance : .....
Classe : .....
Garçon <input type="radio"/> Fille <input type="radio"/>

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS Services périscolaires, mercredis et vacances**

**Personne(s) responsable(s)**

NOM et Prénom : ..... Profession : .....  
Adresse : .....  
Tél. maison : ..... Tél. travail/portable : .....  
Numéro sécurité sociale ..... Numéro allocataire CAF..... Courriel :  
.....

NOM et Prénom : ..... Profession : .....  
Adresse : .....  
Tél. maison : ..... Tél. travail/portable : .....  
Numéro sécurité sociale ..... Numéro allocataire CAF..... Courriel :  
.....

Assurance ..... Numéro sociétaire .....  
Mutuelle .....  
Je soussigné(e) ....., responsable légale de l'enfant  
.....

(Rayer les mentions inutiles)

- Certifie avoir lu et approuvé le règlement intérieur : OUI NON
- Autorise les animateurs à prendre des photos de mon enfant au cours des activités organisées, et à les utiliser sur tout support (hors internet) ex : article de presse, affiche, activité manuelle, diaporama : OUI NON
- Autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, appel des secours, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant : OUI NON
- Déclare posséder une assurance responsabilité civile pour l'enfant ci-dessus désigné : OUI NON
- Votre enfant sait-il nager : OUI NON
- Votre enfant est-il allergique au maquillage : OUI NON
- J'autorise l'enfant à pratiquer des activités sportives : OUI NON
- J'autorise l'enfant à participer aux activités organisées par le centre de loisirs : OUI NON
- J'autorise l'enfant à participer aux camps : OUI NON
- J'autorise l'enfant aux sorties : OUI NON
- J'autorise l'enfant à utiliser un moyen de transport : OUI NON
- J'autorise l'enfant à quitter le centre seul : OUI NON
  - Si OUI à quelle heure ..... OU A SA GUISE (pour les ados)
- L'enfant fait-il la sieste : OUI NON SI BESOIN (fatigue)

Autres personne(s) autorisé(s) à récupérer l'enfant et à contacter en cas d'urgence si absence des personnes responsables :  
NOM Prénom : ..... téléphones .....

Je soussigné (e) ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Je m'engage à régler la participation financière qui me sera demandée (les aides financière ex : bon CAF, seront déduites de vos factures sous réserve de les avoir fournies avant le séjour, document attestation de droits.

Veuillez précéder votre signature de la mention « Lu et approuvé »

A ..... Le ...../...../.....

Signature(s) :

## Renseignements médicaux

**Vaccinations remplir le tableau et JOINDRE LA COPIE DU CARNET DE SANTE**

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- oreillons – rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (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.**

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeoles	Oreillons
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non

#### Allergies ?

Asthme	Alimentaires	Médicamenteuses	Autres
Oui	Oui	Oui	Oui
Non	Non	Non	Non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

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

**Indiquez ci-après les difficultés de santé** (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....  
 .....

**Recommandations utiles des parents** port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires, alimentation particulière, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, somnambulisme, besoin d'un doudou, d'une sucette, parent séparés (garde partagée ou exclusive) etc... :

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

**NOM et téléphone du médecin traitant** : .....

Je soussigné (e) ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Veuillez précéder votre signature de la mention « Lu et approuvé »

A ..... Le ...../...../.....

Signature(s) :