



Merci de remplir les champs avant impression

Photo
obligatoire

FICHE D'INSCRIPTION N° Année 200 - 200



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT :

NOM : PRENOM :

ETABLISSEMENT :

DATE DE NAISSANCE : AGE :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS (OU AYANT CHARGE) :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

VILLE :

TEL. DOMICILE : TEL. PORTABLE :

TEL. TRAVAIL PERE : TEL. TRAVAIL MERE :

E-MAIL :

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné (e), père, mère, tuteur, autorise:

- mon fils, ma fille,
à participer à toutes les activités organisées par le Service Municipal de la Jeunesse.*
- la ville de Cagnes-sur-Mer à utiliser les clichés photographiques, réalisés par ses services, mettant en scène mon enfant. Cette autorisation porte sur l'ensemble des documents édités, sur tous types de supports de reproduction et m'engage à ne réclamer aucun droits de reproduction.*

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Signature :

WWW.CAGNES-SUR-MER

Service Municipale de la Jeunesse – 4, avenue de Verdun – 06800 CAGNES-SUR-MER

Ouvert du lundi au vendredi de 14h à 18h

Tel : 04.92.02.95.16



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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 ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

WWW.CAGNES-SUR-MER

Service Municipale de la Jeunesse – 4, avenue de Verdun – 06800 CAGNES-SUR-MER

Ouvert du lundi au vendredi de 14h à 18h

Tel : 04.92.02.95.16

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...

PRECISEZ :

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

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

En cas d'accident, et conformément à l'article 38 de la loi du 16 juillet 1984, le Service Municipale de la Jeunesse informe parents et adhérents de leur intérêt à souscrire « un contrat d'assurance de personne ayant pour objet de proposer des garanties forfaitaires en cas de dommage corporel ».

WWW.CAGNES-SUR-MER

Service Municipale de la Jeunesse – 4, avenue de Verdun – 06800 CAGNES-SUR-MER
Ouvert du lundi au vendredi de 14h à 18h
Tel : 04.92.02.95.16