

## ESPACE JEUNES LALINDE

Salle Leclerc sous la Médiathèque

FICHE D'INSCRIPTION 2021-2022

**Adhésion de 10€/an**

### IDENTITE DU JEUNE :



Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..../..../..... G  F

Numéro de portable : .....

Email : .....

### Assurances :

Nom de l'assureur : ..... Numéro d'assuré : .....

### Merci de renseigner le quotient familial et n° CAF ou MSA (obligatoire)

CAF Dordogne : ..... QF : ..... (Supérieur ou inférieur à 900)

N° allocataire : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_


MSA Dordogne / Nouvelle Aquitaine QF : ..... (Supérieur ou inférieur à 900)


N° allocataire : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Caisse hors du département : CAF MSA Autres régimes

### Contact Matthias:

[ajmrlalinde.espacejeunes@gmail.com](mailto:ajmrlalinde.espacejeunes@gmail.com) / 07 57 08 19 45

 AJMR Actions Jeunes en Milieu Rural

 @espacejeunesajmr

[www.ajmr.fr](http://www.ajmr.fr)

## FICHE AUTORISATIONS 2021-2022

Nous soussignés


Nom et prénom (représentant légal ou tuteur) : .....

Nom et prénom du jeune : .....


### Autorisation de droit à l'image


Autorise l'équipe d'animation à prendre des photographies et/ou vidéos de mon enfant, seul ou en groupe, dans le cadre des activités proposées par l'espace jeunes et de les diffuser sur les supports de communication de l'AJMR et des services municipaux. Oui  Non

### Autorisation médicale


 Autorise l'animateur à prendre toutes les dispositions nécessaires pour préserver la santé de mon enfant, notamment en faisant appel à un médecin ou en décidant son transfert vers l'hôpital le plus proche, même pour observation.


### Autorisation de transport

 Autorise mon enfant à prendre le car ou tout autre moyen de transport (Train, Tram, Minibus...) pour participer aux activités organisées par l'espace jeunes

 Autorise mon enfant à voyager en voiture individuelle (dont le conducteur est une personne ayant plus de 21 ans et + de 2 ans de permis) si la situation se présente ou le nécessite

### Autorisations diverses

 M'engage à signaler immédiatement toute modification importante de renseignements (Nouveau n° de téléphone, nouvelle allergie, contre-indication sportive même passagère.....)

 Autorise mon enfant à se baigner, en piscine ou sur un lieu autorisant la baignade

L'inscription entraîne l'acceptation du Règlement Intérieur fourni avec le dossier.

Fait à ..... le .....

Signatures :



**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON  
2021-2022**

1 – ENFANT

NOM: \_\_\_\_\_

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2021. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

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 ? 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?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE

SANS PORC

Indiquez ci-après:

Les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

BAINNADE : SAIT NAGER  SE DEBROUILLE  NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_