



PAYS DE BIEVRE-LIERS
TEL. : 04.74.20.34.77.

ACCUEIL 11 / 17 ANS

FICHE D'INSCRIPTION 2011/2012
(à ne fournir qu'une fois dans l'année)

Numéro d'adhérent :

ENFANT

NOM :	NE(E) LE :
PRENOM :	AGE :
<input type="checkbox"/> GARCON	<input type="checkbox"/> FILLE
ADRESSE :	
Code postal :	Ville :
Tél domicile :	
TEL PORTABLE :	ADRESSE MAIL :

RESPONSABLE LEGAL PERE MERE

PERE	MERE
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
PROFESSION :	PROFESSION :
EMPLOYEUR :	EMPLOYEUR :
ADRESSE EMPLOYEUR :	ADRESSE EMPLOYEUR :
TEL PROF :	TEL PROF :
PORTABLE :	PORTABLE :
ADRESSE MAIL :	ADRESSE MAIL :

CIE ASSURANCE Responsabilité Civile :	N° assuré RC :
---------------------------------------	----------------

SECURITE SOCIALE DONT DEPEND L'ENFANT	ALLOCATIONS FAMILIALES
N° D'ASSURE :	N° D'ALLOCATAIRE :
REGIME GENERAL : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	QUOTIENT FAMILIAL :
AUTRE REGIME (préciser) :	CAISSE DE :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :
N° TELEPHONE :

AIDES : Pour toutes les aides, un justificatif sera demandé. (Aide aux Temps Libres CAF, prise en charge du CE)

TARIFS :

Les tarifs étant fixés par tranches de ressources familiales, cette fiche doit impérativement comporter **votre numéro d'allocataire CAF et votre quotient familial** pour l'année en cours. Ce numéro est attribué à chaque personne relevant du régime général.

Demandez les à votre CAF si vous ne les connaissez pas et ceci même si vous ne touchez aucune prestation. (Sont exclues du régime général les personnes relevant des régimes particuliers (ex : MSA, ...))

TRANSPORT : Le jeune pourra repartir seul du lieu de rendez-vous, si cela est spécifié sur l'autorisation parentale, sinon il devra être récupéré, à la descente du car. Seules les personnes spécifiées sur l'autorisation parentale pourront récupérer les adolescents.

IMPORTANT : La Communauté de communes et le transporteur vous informent que la réglementation des transports en commun rend obligatoire le port de la ceinture de sécurité. Nous vous demandons de bien vouloir sensibiliser votre enfant à cette obligation. La responsabilité du respect de cette loi incombe à l'organisateur pour les enfants de moins de 13 ans et aux parents pour les enfants de plus de 13 ans.

DROIT A L'IMAGE :

Des photos ou films sont réalisés durant les accueils et les sorties des adolescents.

J'autorise Je n'autorise pas l'exploitation par la Communauté de communes du Pays de Bièvre-Liers des photos ou films de mon enfant pour parution dans la presse ou toute autre utilisation autre que commerciale (affiches, illustration du site Internet, etc....).

Je soussigné, responsable de l'enfant

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche annuelle et avoir pris connaissance des différentes indications mentionnées sur celle-ci, accepte le règlement de fonctionnement et le projet éducatif de l'accueil 11-17 ans transmis avec le dossier d'inscription.

J'autorise le Responsable de l'accueil 11- 17ans à prendre toutes mesures (visite par un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) reconnues nécessaires pour garantir l'état de santé de l'enfant.

Signature :

Date :

Je soussigné, avoir pris connaissance et accepte le règlement de fonctionnement ainsi que le projet éducatif de l'accueil 11-17 ans.

Signature du jeune :

Date :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2011/2012

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

FILLE

GARCON

VACCINATIONS (tableau à compléter **et** copie du carnet de vaccination à fournir)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 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 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"/>
Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			

Allergies : Asthme : oui non Médicamenteuses : oui non
 Alimentaires : oui non Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

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

Régime alimentaire (pour raison de santé, conviction personnelle ou de religion) :

oui non

léger^(*) oui ou lourd^(*) oui

* Le niveau du régime alimentaire sera apprécié par la Direction du Centre de Loisirs et le prestataire repas après rencontre obligatoire de la famille. En cas de régime alimentaire lourd, la famille devra fournir le repas de l'enfant.

Pour les régimes alimentaires légers, préciser les aliments interdits ou à éviter :

.....
.....

INDIQUER CI-APRES les difficultés de santé nécessitant des mesures particulières (maladie, accident, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre.

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

Recommandations utiles (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc....) Préciser.

.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom

Prénom

Adresse :

.....
.....

Tél fixe

Portable

Tél bureau

Nom et adresse du médecin traitant

.....

Je soussigné, responsable de

l'enfant,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil 11-17 ans à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :