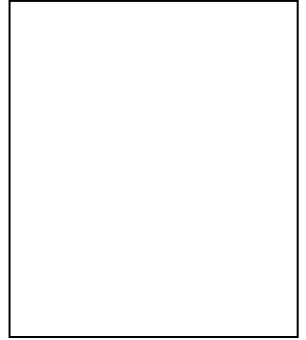




Point Jeunes

FICHE D'INSCRIPTION 2010/2011



Attention !

Pour les mercredis, samedis et périodes de vacances la plage horaire de 14h30 à 16h30 est obligatoire, le jeune ne peut partir avant 16h30 s'il est présent sur la structure afin d'assurer le bon déroulement des animations.

Renseignement concernant le jeune :

Nom : Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse E-mail (envoi des affiches activités et sorties) :
Adresse :
CP : Ville :

Renseignement concernant la famille :

Nom et prénom de la mère / tutrice ① :
Tél domicile: Port. :
Adresse ② :
CP : Ville :
Profession de la mère :

Coordonnées employeur :

Nom :
Adresse :
CP : Ville :
Tél. : Port. :

Nom et prénom du père / tuteur ① :
Tél. domicile: Port. :
Adresse ② :
CP : Ville :
Profession du père :

Coordonnées employeur :

Nom :
Adresse :
CP : Ville :
Tél. : Port. :



Je soussigné agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise :

• **L'enfant à quitter seul la structure municipale du point jeune :**

OUI NON Dans le cas où j'autorise mon enfant à partir seul, veuillez remplir l'annexe 1 sur lequel les horaires seront spécifiés.

• **Les personnes suivantes à venir chercher le jeune (compléter également l'annexe 2):**

Noms, prénoms, adresse & N° de Tél. des personnes autorisées :

Que l'image de mon enfant (photo ou vidéo) puisse apparaître sur les différents supports qu'utilise la ville pour sa communication (presse, plaquettes, affiches) ainsi que dans le cadre des activités de la structure.

Autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport éventuels prévus dans le cadre des activités (car, métro, ...)

SANTÉ

- S'engage à informer immédiatement le responsable de suivi sanitaire de la structure de tous problèmes physiques ou psychologiques rencontrés par l'enfant, lorsque ceux-ci sont susceptibles d'avoir une incidence sur sa santé (allergies diabète...) sur celle des tiers (maladie contagieuse, violence...) ou sur le fonctionnement moral du Point Jeune (nécessité d'un personnel spécialisé, d'un matériel adapté etc...) les parents donnent l'autorisation à la Mairie de Magny le Hongre de soumettre éventuellement tous documents relatifs à l'état de santé de l'enfant à son médecin référent pour avis.

INFORMATIONS ET FICHE SANITAIRE

- Les parents doivent compléter la fiche sanitaire en consignant les informations obligatoires demandées et en apportant les documents requis. La fiche sanitaire doit être signée par l'un au moins des deux parents, qui dispose de l'autorité parentale à cet effet.

Les représentants légaux s'engage à informer la mairie de toutes modifications concernant les informations précitées ainsi que pour la fiche sanitaire.

Fait à : Le :/...../.....

Signature du représentant de l'autorité parentale :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), (Nom/Prénom du représentant de l'autorité parentale)
.....certifie avoir donné l'autorisation pour que
mon enfant puisse quitter la structure du Point Jeunes en dehors des heures d'activité dans les
conditions suivantes :

- à n'importe quelle heure mon enfant est libre.

S'il n'est pas libre, veuillez signaler les horaires ci-après :

-h..... le mercredi et samedi en période scolaire,
-h..... le mardi et vendredi en période scolaire,
-h..... du mardi au samedi en période de vacances scolaires.

Je dégage la collectivité et l'équipe pédagogique de toute responsabilité dès que mon enfant a quitté la
structure selon les horaires précités.

Cette attestation ne permet pas à mon enfant de quitter seul la structure lors des soirées organisées par
le Point Jeunes.

Fait à, le

Signature du représentant légal

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), (Nom/Prénom du représentant de l'autorité parentale)
.....certifie avoir donné l'autorisation pour venir
reprendre mon enfant aux personnes suivantes dont tous les renseignements les concernant son inscrit
sur la fiche de renseignements :

-
-
-
-
-
-
-
-

Je dégage la collectivité et l'équipe pédagogique de toute responsabilité dès que mon enfant a quitté la
structure avec les personnes précitées.

Fait à, le

Signature du représentant légal



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2010 / 2011

1- ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° mutuelle :

Garçon Fille

2- MÉDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

3- VACCINATIONS

Veillez nous transmettre une photocopie des pages vaccinations du carnet de santé ou des certificats de vaccinations.

Date du dernier rappel de vaccination antitétanique :/...../.....

4- ALLERGIES

ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES

**Si l'enfant est allergique, faire remplir l'annexe 3 par le médecin traitant.*

5- DIFFICULTÉS DE SANTÉ

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

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

6- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

- Je soussigné, représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable autorise le Directeur du Point Jeune à prendre toute mesure utile pour préserver la santé de l'enfant qui lui est confié, au besoin, en faisant appel à un médecin ou en le faisant hospitaliser, même pour observation.

Ils donnent pouvoir à ce dernier d'autoriser les services médicaux compétents à procéder à tout acte médical ou chirurgical pris dans l'intérêt de l'enfant. En contrepartie, le Directeur du Point Jeune s'engage à contacter rapidement les parents ou toute autre personne désignée par eux, sous réserve des conditions d'urgence et de sécurité qui prévalent.

Date :

Signature :



ANNEXE 3 - ALLERGIE

Feuillet à remplir par le médecin

PROTCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

Le médecin doit cocher impérativement une case

Classe d'allergie	Description	Case à cocher selon le cas
Cas n° 1 : cas très grave	Choc allergique nécessitant l'injection d'adrénaline ou autre	
Cas n° 2 : cas grave	Choc allergique nécessitant une trousse médicale spécifique	
Cas n° 3 : cas de réaction légère	Réaction allergique légère à des quantités non négligeables et/ou nécessitant la prise d'un médicament	

LISTE DES ALIMENTS EXCLUS

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

SIGNES D'APPEL – SYMPTOMES VISES

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

CONDUITE A TENIR

1/ En cas d'apparition de l'un de ses signes, administrer à l'enfant :

Nom du(des) médicament(s) :

Mode de conservation :

Mode d'administration :

Gestes à faire :

.....

2/ Dans tous les cas

- Surveiller l'enfant en permanence,
- Appeler le 15 (n° des urgences médicalisées)
- Appeler les parents, tél : _____

Fait le

Cachet et signature du médecin traitant :

ATTESTATION MÉDICALE

Je soussigné(e) Docteurcertifie avoir
examiné :(Nom, Prénom)né le
et le déclare apte à pratiquer toutes les activités sportives mises en place dans le cadre des
programmes d'animations de la structure du Point Jeune, excepté (citer exactement les activités non
praticables par le jeune) :
.....
.....
Fait à, le

Signature et cachet du médecin (obligatoire) :