

ESPACE ENFANCE - JEUNESSE DE CAGNY



NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

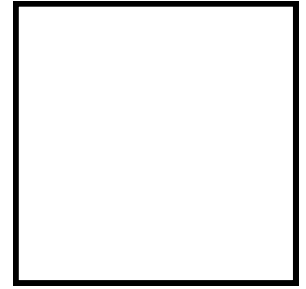
Sexe: Date de naissance:...../...../.....

Mutuelle:..... N° de Sécurité Sociale:.....

Autorisation d'intervention médicale : oui non

Médecin traitant (nom et ville):

N° de téléphone du Jeune :



AUTORISATIONS :

	OUI	NON
DE DROIT A L'IMAGE : Autorisation de publication de film ou photos de votre enfant lors d'activités mises en place par le centre. Ces images seront exploitées pour des articles de presse, sites internet, expositions photos.		
DE COVOITURAGE : Autorisation de monter dans un véhicule lorsque du covoiturage est organisé pour effectuer un déplacement dans le cadre d'une activité organisée par le centre.		
DE PARTICIPER AUX SORTIES : Autorisation de participer aux différentes sorties extérieures organisées dans le cadre du centre et effectuées par le biais de transports (Bus, Covoiturage, Train, Tram, Mini-bus...)		
DE DEPLACEMENTS : Autorisation de déplacements à pieds pour participer aux différentes activités organisées au sein de la commune (Grands jeux, ballade...)		
DE RENTRER SEUL-E : Autorisation permanente de rentrer seule à l'heure précisée par la famille		
DE RENTRER SEUL-E : Autorisation ponctuelle de rentrer seul à l'heure précisée par la famille		

NOM ET PRENOM DU RESPONSABLE 1

Profession :Adresse mail:.....

Adresse :

Code postal et Ville :Téléphone domicile:.....Portable.....

Situation familiale:.....

N° CAF (7 chiffres + 1 lettre):.....

Montant Quotient Caf:.....Autre régime:..... N°:.....

NOM ET PRENOM DU RESPONSABLE 2*(ne pas réinscrire les informations similaires)*

Profession :Adresse mail:.....

Adresse :

Code postal et Ville :Téléphone domicile:.....Portable.....

Situation familiale:.....

N° CAF (7 chiffres + 1 lettre):.....

Montant Quotient Caf:.....Autre régime:..... N°:.....

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence ou pouvant récupérer mon enfant :

.....
.....

Vaccinations : (Vous pouvez joindre la photocopie du carnet de vaccinations)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
diphtérie				Hépatite B	
tétanos				Rubéole	
poliomyélite				oreillons	
DT polio				rougeole	
tétracoq				coqueluche	
B.C.G				autres	
monotest					

Renseignements médicaux concernant le jeune :

- Le jeune suit-il un traitement médical? Oui non

Si oui, lequel:.....

- Allergies: asthme oui non
 médicamenteuses oui non
 alimentaires oui non

autres:.....

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

- Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier :

Recommandations utiles des parents :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre et/ou appareillages (lunettes, appareils dentaires...) ou toute autre information que vous souhaiteriez nous communiquer à propos de votre enfant :

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

Je soussigné déclare exact.

les renseignements notifiés ci-dessus et déclare avoir pris connaissance

des conditions de participation de mon enfant aux activités du centre de loisirs, et autorise les responsables du centre d'animation, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Fait à, le/...../.....

signature