

## ALLERGIES :

ASTHME Oui  Non   
ALIMENTAIRES Oui  Non  Précisez : .....

MEDICAMENTEUSES Oui  Non  Précisez : .....

AUTRES : .....

## INDIQUEZ CI - APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, 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 prothèses auditives, des prothèses dentaires etc...  
Précisez : .....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse (pendant le séjour) : .....

 : .....  Bureau : .....

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

Date : ..... Signature : .....



# FICHE D'INSCRIPTION PRJ ETE 2023

NOM DE L'ENFANT : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

SEXE: F  M

N° de téléphone :  : .....

 : .....

Responsable de l'enfant : Père  Mère  Tuteur

NOM : ..... PRENOM : .....

PROFESSION : .....

N° Allocataire de la CAF : .....

N° de sécurité Sociale : - / - - / - - / - - / - - - / - - - / - -

Caisse de : .....

Faites - vous partie d'une mutuelle ? Oui  Non

Si oui laquelle ? : Nom : ..... N° : .....

Nom du Médecin traitant : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

**Personnes à joindre en cas d'urgence :**

1<sup>ère</sup> Personne

Nom : ..... ☎ .....

Adresse : .....

2<sup>ème</sup> Personne

Nom : ..... ☎ .....

Adresse : .....

**DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE :**

Je soussigné (e) M..... Père  Mère  Tuteur

De l'enfant ..... déclare approuver le règlement du P.R.J. **et autorise mon enfant à participer à toutes les activités.**

**AUTORISATION PRISE DE PHOTOS :**

Autorisez-vous le P.R.J. à prendre en photo et vidéos votre enfant pour les activités ou lors des fêtes organisées au sein de celui-ci ?

Oui  Non  Photos

Oui  Non  Vidéos

Signature :

**AUTORISATION DE SORTIE**

Je soussigné(e) M..... autorise mon enfant : ..... à repartir seul du P.R.J.

Signature :

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT, ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

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

| VACCINS OBLIGATOIRES | Dates des derniers rappels | VACCINS RECOMMANDES           | DATES |
|----------------------|----------------------------|-------------------------------|-------|
| Diphtérie            |                            | Hépatite B                    |       |
| Tétanos              |                            | Rubéole Oreillons<br>Rougeole |       |
| Poliomyélite         |                            | Coqueluche                    |       |
| Ou DT polio          |                            | Autres (préciser)             |       |
| Ou Tétracoq          |                            |                               |       |
| B.C.G                |                            |                               |       |
|                      |                            |                               |       |

Si l'enfant a plus de 12 ans, est-il vacciné du Covid :

OUI  NON

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui  Non

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| RUBEOLE   | VARICELLE   | ANGINE  | RHUMATISME ARTICULAIRE                                    | SCARLATINE  |
|---|---|---|---|---|
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE  | OTITE   | ROUGEOLE  | OREILLONS   |   |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |