

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^{ère} Personne

Nom : ☎

Adresse :

2^{ème} 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 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"/>	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	OREILLONS	
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"/>