



FOYER DES JEUNES

FICHE D'INSCRIPTION – ANNÉE 2023-2024

1- L'ENFANT

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

2 - RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1 :

Nom :

Prénom :

N° domicile :

N° portable :

N° travail :

@ :@.....

Adresse :

.....

.....

RESPONSABLE 2 :

Nom :

Prénom :

N° domicile :

N° portable :

N° travail :

@ :@.....

Adresse :

.....

.....

3 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	<u>VACCINS RECOMMANDÉS</u>	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

☐ Rubéole ☐ Coqueluche ☐ Varicelle ☐ Rougeole

☐ Scarlatine ☐ Oreillons ☐ Rhumatisme articulaire aigu

ALLERGIES : ☐ Asthme ☐ Médicamenteuse ☐ Alimentaire ☐ Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

.....

.....

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours : ☐ Oui ☐ Non (joindre informations utiles)

.....

.....

Indiquez ci-dessous si votre enfant a des difficultés de santé (sans PAI) en précisant les précautions à prendre :

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

Nom et tél du médecin traitant :

5 – PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

PERSONNE 1 :

Nom :

Prénom :

N° domicile :

N° portable :

Lien avec le jeune :

PERSONNE 2 :

Nom :

Prénom :

N° domicile :

N° portable :

Lien avec le jeune :

6 – AUTORISATIONS

Je soussigné.e (représentant légal du mineur), **NOM** **Prénom**

DROIT A L'IMAGE

Autorise la diffusion de photographies ou de films représentant mon enfant, dans la mesure où les images et les films ne seront utilisés à aucun autre usage que celui inhérent à la vie du foyer des jeunes (bulletin municipal, facebook...). ☐ OUI ☐ NON

SORTIES

Autorise mon enfant à quitter le foyer des jeunes ou le lieu de l'activité seul et à horaires libres.

☐ OUI ☐ NON

7 – VALIDATIONS ET SIGNATURE

☐ Je soussigné (e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le maire ou /et son représentant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

☐ Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à en respecter les termes.

☐ Je déclare que les renseignements fournis sont véridiques et que les documents soumis à l'appui de ma demande sont authentiques et n'ont pas été modifiés de quelque façon que ce soit.

Le règlement Européen (RGPD) garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Commune de la Remaudière qui a traité votre demande.

Le

Signature