

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 :



MARCHIENNES
Ville de toutes les passions.



FICHE D'INSCRIPTION PRJ JUILLET 2022

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 ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐