**** **MAIRIE DE LAY SAINT CHRISTOPHE**

 7, Place Emile-Conte

54690 LAY St CHRISTOPHE

Tél: 03.83.22.80.21

 **DOSSIER D'INSCRIPTION**

**SECTEUR JEUNE**

**2019/2020**

**Nom(s) et prénom(s) de l’enfant :**

Adresse :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Date de naissance : Sexe :

Lieu de Naissance :

Classe :

**SITUATION ACTUELLE DES PARENTS**

❑ Mariés ❑ PACS ❑ Divorcés ❑ Séparés ❑ Vie maritale

En cas de divorce ou séparation : Quel parent à la garde de l’enfant ? ❑ Mère ❑Père

**MERE** NOM **:**  Prénom : …………………………………………..

Adresse :

Né le : à

Téléphone portable :

Mail :

**PERE** NOM **:**  Prénom : …………………………………………..

Adresse :

Né le : à

Téléphone portable : ………………………………….

Mail :

**AUTORISATIONS**

**Je soussigné(e), M**

**Parent(s) de l'enfant :**

🞎 Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement joint à ce dossier et l’accepte.

**AUTORISE**

* La diffusion publique, par la Commune et/ou la Communauté de Communes de Pompey, des photographies et films contenant des images de mon enfant.

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 oui | 🞎 non |

* Mon enfant à participer aux différentes activités proposées dans le cadre du Service Jeunesse de la ville de Lay-Saint-Christophe « Ateliers et Chantiers ».

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 oui | 🞎 non |

* Certifie qu’il (elle) est apte médicalement à la pratique sportive.

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 oui | 🞎 non |

* Certifie qu’il (elle) sait nager dans le cadre de la pratique d’activités nautiques

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 oui | 🞎 non |

* Autorise mon enfant à quitter seul les lieux des activités organisées par le Service Jeunesse à la fin de chaque animation.

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 oui | 🞎 non |

* N’autorise pas mon enfant à quitter seul les lieux des activités et m’engage à venir le chercher dès la fin de l’animation en respectant les horaires de fin d’animations.

Autorise le(s) personne(s) majeure(s), dénommée(s) ci-après, à déposer ou à reprendre mon enfant

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM - PRENOM** | **LIEN AVEC MON ENFANT** | **TELEPHONE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* M’engage à prévenir l’organisateur de tous changements concernant la situation familiale ou problèmes de santé de l’enfant.

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 oui | 🞎 non |

* Décharge l’organisateur de toutes responsabilités en cas d’accident qui pourrait survenir en dehors des heures et des lieux où se déroulent les activités. (Les enfants sont sous la responsabilité de la mairie pendant toute la durée de l’activité. Ils ne le sont plus s’ils quittent l’activité en cours).

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 oui | 🞎 non |

**EN CAS D’URGENCE**

Qui contacter en cas d’urgence ?

Mr ou Mme…………………………………………………………………………………………………………..

Tél : …………………………………………………….

**ASSURANCE**

Nom de la compagnie d’assurance (responsabilité civile) :

N° du contrat assurant l’enfant :

Fait à , le

Signature des parents ou représentants légaux

|  |  |
| --- | --- |
| logo MSJSVA bleu | *Code de l'action sociale et des familles*  Fiche sanitaire de liaison  **2019/2020** |

*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.*

**Enfant :** 🞎 fille 🞎 garçon Date de naissance :

Nom : Prénom :

**I - Vaccinations :** (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** | **oui** | **non** | **Dates des derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **oui** | **non** | **Date** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |  |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole |  |  |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |  |  |
| ou DT polio |  |  |  | Autres (*préciser*) |  |  |  |
| ou Tétracoq |  |  |  |  |  |  |  |
| B.C.G. |  |  |  |  |  |  |  |

*Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.* Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**II - Renseignements médicaux :**

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? 🞎 oui 🞎 non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubéole** | **Varicelle** | **Angine** | **Scarlatine** | **Coqueluche** |
| 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non |
| **Otite** | **Rougeole** | **Oreillons** | **Rhumatisme articulaire aigu** | |
| 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | 🞎 oui 🞎 non | |

**Allergies** : médicamenteuses 🞎 oui 🞎 non

asthme 🞎 oui 🞎 non

alimentaires 🞎 oui 🞎 non

autres 🞎 oui 🞎 non

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

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

**III - Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

**IV - Responsable légal de l'enfant :**

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

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

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :