



CLUB DES JEUNES 11/17 ANS



DOSSIER D'INSCRIPTION 2024/2025

(Valable du 1^{er} septembre 2024 au 31 août 2025)

ENFANT

NOM :

PRENOM : SEXE : F / M

AGE : DATE DE NAISSANCE :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : QUALITE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

Enfant	Responsable 1	Responsable 2
Portable :	Qualité :	Qualité :
Domicile :	:	:

MAILS PARENTS :@.....

.....@.....

MAIL ENFANT :@.....

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

.....Tél :

Médecin traitant (nom, prénom) : Régime générale / MSA

Assurance extrascolaire : N° Nom de la compagnie :



Ville de Flayosc



FICHE SANITAIRE

Joindre une photocopie du carnet de vaccination.

Pour rappel, **vaccins obligatoires** : antidiptérique, antitétanique et antipoliomyélitique.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au club des jeunes ? OUI / NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES :

ASTHME OUI / NON

MEDICAMENTEUSES OUI / NON

ALIMENTAIRES OUI / NON

AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) en cours : OUI / NON

Joindre le protocole et toutes les informations utiles

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

DIFFICULTES DE SANTE (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

Votre enfant porte-t 'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc ...

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



Ville de Flayosc



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) : père / mère / responsable légal

NOM : **PRENOM** :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon fils / ma fille :

NOM : **PRENOM** :

- A participer à toutes les activités du CLUB DES JEUNES, y compris aux sorties hors de la commune, quel que soit le moyen de transport utilisé.
- J'autorise l'équipe d'encadrement à prendre, si nécessaire, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) requises par l'état de santé de mon enfant, conformément aux prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence. Ceux-ci seront seules habilités à définir l'établissement hospitalier le plus approprié.
- J'autorise mon enfant à quitter librement le CLUB DES JEUNES lorsqu'il le souhaite, sauf si une activité a déjà commencé ou si le groupe est en sortie.
- J'autorise la prise et la publications d'images/de vidéos de mon enfant (sans contrepartie et sans limitation de durée, sur tout support de communication).

Flayosc, le/...../.....

Signature précédée de la mention manuscrite « Bon pour autorisation »