

Année

.....

Espace jeunes
Commune de Quistinic
Tél. : 02 97 08 62 70
Portable : 07 56 43 21 22



Fiche d'inscription

Renseignements concernant l'enfant

Nom : Prénom :
Date et lieu de naissance : à :
Adresse :
Code postal : Ville :
Adresse mail : Téléphone portable :
Établissement scolaire : École :

N° de sécurité sociale :

Relevez-vous : CAF MSA Autre:

N° allocataire : Quotient familial : (joindre justificatif)

J'autorise le service enfance jeunesse à accéder à mon quotient familial.

	Tuteur 1	Tuteur 2
Nom, Prénom		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Adresse mail		
Profession		
En cas d'urgence, téléphone travail		

Liste des personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom, prénom	Numéro de téléphone

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole		Varicelle		Angine		Oreillons		Scarlatine	
<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"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Coqueluche		Otite		Rougeole		Rhumatisme articulaire aigu			
<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	

Allergies :

Asthme oui non **Alimentaires** oui non **Médicamenteuses** oui non

Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).

Les difficultés de santé :

Indiquez ci-dessous 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 lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil. ... précisez.

Médecin traitant :

Nom : Tél.

Natation :

Sait nager Se débrouille Ne sait pas nager

Observations diverses :

Informations complémentaires :

Je soussigné(e),, responsable légal de.....
l'autorise à participer aux activités de l'espace jeunes de Quistinic, organisées par la commune.

J'autorise mon enfant à rentrer seul(e): oui non

J'autorise mon enfant à quitter la séance avant la fin : oui non

- Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident (pour non signalisation de contre indication médicale).
- J'autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
- Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et/ou pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.
- Je suis informé de l'intérêt de souscrire à une assurance complémentaire.
- Je m'engage à régler le montant de la cotisation annuelle (valable du 1er septembre au 31 août).
- J'autorise à diffuser la (les)photographie(s) de mon enfant, prise lors des activités.

Cette autorisation est valable :

- Pour l'édition de documents de nature pédagogique (journal interne et externe).
- Pour des expositions relatives à l'Espace Jeunes, aux séjours et sorties.
- Pour la publication sur le site internet de l'organisateur, et les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Tik Tok).
- Pour la publication d'articles de presse.

Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment. La présente autorisation est incessible.

Fait à : **Le :**..... **Signature :**