

Animation Vacances Jeunes

Pour chaque période de vacances, un programme d'activités est élaboré afin d'allier plaisirs, loisirs, découvertes et distractions pour les jeunes âgés de 11 à 17 ans.

Inscription du jeune

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Allocataire CAF, MSA ou autre :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél Jeune : Tél Parents :

E.Mail :

Profession père : Profession mère :

Problèmes de santé : allergies, traitement médical... :

Autorisation parentale :

Je soussigné(e) Père – Mère – Tuteur..... agissant en qualité de responsable légal.

- autorise le jeune à participer aux activités du centre d'animation les Unelles de Coutances.
- autorise le responsable à faire hospitaliser et/ou à faire pratiquer sur l'enfant tous soins médicaux ou chirurgicaux, anesthésie comprise qui, en cas d'urgence apparaîtraient indispensables.
- Autorise le jeune à quitter l'activité une fois celle-ci terminée et à rentrer seul(e) à son domicile.
- Donne mon accord pour que le jeune soit pris en photo lors des soirées et animations ainsi qu'à la publication de ces photographies dans tout but non-commercial.

Fait àle.....

Signature des parents



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DOCUMENT CONFIDENTIEL
Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
 Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR
 Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
 TEL PORTABLE :
 Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :