



# Fiche d'inscription et autorisation parentale Accueil Vacances Jeunes

**2024-2025**

Au fil de l'année, un programme d'activités est élaboré afin d'allier plaisirs, loisirs, découvertes et distractions pour les jeunes âgés de 10 à 17 ans.

## Inscription

Nom et prénom jeune : .....

Date de Naissance : .....

Nom et prénom parent : .....

Allocataire CAF, MSA ou autre : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél Jeune : ..... Tél Parents : .....

E.Mail parent : .....

## Autorisation parentale :

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

- autorise le jeune à participer aux activités et soirées 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 à .....le.....

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
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliovirémie				Rudécile-Orillons-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

MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Préciser : .....

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 rendus nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....

Accueil Jeunesse du Centre d'animation les Unelles : 06 40 31 42 11 / [jeunesse@lesunelles.fr](mailto:jeunesse@lesunelles.fr)