

Adhésion le :
Individuelle Familiale

Type de règlement :

FICHE DU JEUNE

Nom : _____ Prénom : _____ E-mail du jeune: _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Adresse : _____ Portable : _____
du jeune

Numéro de sécurité sociale (dont dépend le jeune) : _____

FAMILLE

* Situation familiale :

* Nombre d'enfants à charge :

* Aides : MSA CAF ANCV CCAS CE

* Responsable légal : Père Mère Les deux Tuteur/trice

Père

Nom /prénom : _____

Adresse : _____

Numéros de téléphone

Fixe : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Mobile : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Travail : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

E-mail : _____

Mère

Nom /prénom : _____

Adresse : _____

Numéros de téléphone

Fixe : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Mobile : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Travail : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

E-mail : _____

AUTORISATIONS

En tant que responsable, j'autorise :

OUI

NON

* mon enfant à participer aux activités proposées par les animateurs/trices

(possibilité de partir à pied ou en fourgon, changement d'activités au vue de la météo, de l'effectif...)

* mon enfant à partir seul après l'activité *(si cas exceptionnel, les animateurs doivent être prévenus)*

* le CLAJ : - à réaliser des prises de vues photographiques de l'enfant dans le cadre des activités.

- à utiliser et diffuser à titre gratuit ces photos, dans le cadre du droit à l'image, sur des supports non commerciaux *(site internet CLAJ, plaquettes CLAJ et Poher Communauté, presse locale, diapo assemblée générale)*

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant et à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom	Prénom	Téléphone	Lien <i>(grands parents, voisins...)</i>

SANTE

Vaccinations

VACCINS		OUI	NON	Dates des derniers rappels
Obligatoire	DT POLIO (Diphtérie, tétanos, poliomyélite)			
Recommandé	BCG			
	ROR			
	Autres :			

OBLIGATOIRE : Photocopie des vaccins (à jour) ou certificat de vaccinations

Renseignements médicaux

	OUI	NON	
L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies suivantes ?	Rubéole		
	Varicelle		
	Angine		
	Rhumatisme articulaire aigu		
	Scarlatine		
	Coqueluche		
	Otite		
	Rougeole		
Oreillons			
L'enfant suit-il un traitement médical ? Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicaments ne pourra être pris sans ordonnance.			
L'enfant est-il soumis à des allergies ? Si oui, type d'allergie, conduite à tenir et si automédication le signaler :			
L'enfant connaît-il des difficultés de santé (asthme, alimentaire...) ? Si oui, indiquez les précautions à prendre :			
L'enfant suit-il un régime alimentaire ? Commentaires :			
Médecin traitant : Nom : _____ Prénom : _____			
Recommandations utiles des parents (Port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires, etc...)			

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique et sont destinés au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 06/01/1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent. Les informations restent confidentielles.

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant _____

- * autorise à se déplacer en fourgon avec les animateurs du CLAJ dans le cadre d'une activité proposée par la structure.
- * déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du CLAJ à prendre en lien avec le corps médical, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- * certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur (disponible sur le site internet) et m'engage à le respecter.
- * certifie avoir souscrit à une assurance (responsabilité civile) au nom de mon enfant et couvrant tout dommage causé à autrui, dégradation du matériel ou équipement.
- * s'engage à régler le montant de la participation financière à la réservation.
- * s'engage à transmettre toute modification concernant cette fiche.

SIGNATURE :

FAIT A _____ LE _____