

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

MALDIES	OUI	NON
RUBEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OREILLONS		
ROUGEOLE		

Autorisation médicale :

Je soussigné(e) nom, prénom,.....
 exerçant en tant que responsable légal(e) de ma fille, mon fils
 autorise le responsable de l'établissement à prendre toutes les
 mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)
 que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

Date :

Signature :

10/05/2011



Communauté de Communes
 du Malesherbois
Espace Jeunes 12/15 ans
Rue du Docteur Schweitzer
45330 Malesherbes



FICHE D'INSCRIPTION 2011/2012

Nom: **Prénom:**
Date de naissance :..... **Lieu de naissance :**
Age :
Numéro de téléphone du jeune :.....
Adresse :.....

Nom et prénom du responsable légal 1:.....
 Père - Mère – Autres : (préciser):.....
 Adresse :
 Code postal :..... Ville :.....
 Tél. domicile :..... Tél. portable :.....
 Nom et adresse de l'employeur:
 Téléphone professionnel :.....
 N° d'allocataire CAF :.....
 N° de Sécurité Sociale :.....
 Courriel :.....
 Nom de l'assurance et n° du contrat :.....

Nom et prénom du responsable légal 2 :.....
 Père - Mère – Autres : (préciser):.....
 Adresse :
 Code postal :..... Ville :.....
 Tél. domicile :..... Tél. portable :.....
 Nom et adresse de l'employeur:
 Téléphone professionnel :.....
 N° d'allocataire CAF :.....
 N° de Sécurité Sociale :.....
 Courriel :.....
 Nom de l'assurance et n° du contrat :.....

AUTORISATION PARENTALE 2011/2012

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame.....
responsable légal(e) de :.....

- L'AUTORISE** à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'espace jeunes.
- AUTORISE** le transport de mon enfant en minibus ou en car lors des sorties ou déplacements.
- N'AUTORISE PAS** le transport de mon enfant en minibus ou en car lors des sorties ou déplacements.
- AUTORISE** l'exploitation des photos de mon enfant (site internet C.C.M., journaux locaux...).
- N'AUTORISE PAS** l'exploitation des photos de mon enfant (intérieur – extérieur ou sur la structure).

(Cocher la case correspondante).

Fait à _____ le :

Signatures :

Documents à fournir :

- 1 photo d'identité récente.
- Copie de l'attestation d'assurance.
- Copie des vaccinations du carnet de santé.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2011/201

Préambule : **Cette fiche doit être remplie le plus exactement possible.** (Les renseignements que vous ferez figurer sont confidentiels).

Tel. :

Vaccinations : (Fournir une copie des vaccins)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DIPHTÉRIE				HÉPATITE B	
TÉTANOS				COQUELUCHE	
POLIOMYÉLITE				RUBÉOLE OREILLONS ROUGEOLE	
OU DT POLIO				AUTRES (préciser)	
OU TETRACOQ					
BCG					

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (Rayer la mention inutile)

L'enfant suit-il un traitement médical : oui - non

Fournir une ordonnance médicale récente et les médicaments.

Allergies :

Asthme : oui - non

Médicamenteuse : oui – non Laquelle.....

Alimentaire : oui – non Laquelle:.....

Autres:

Dans ce cas, quelle est la conduite à tenir :

.....

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier :

.....