

FICHE D'INSCRIPTION

Secteur Jeunes

Année 2024 / 2025

École Foch, rue du Maréchal Foch 78120 Rambouillet
secteur.jeunes@rambouillet.fr 01 75 03 43 29



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Carte loisirs : RBT 13.49 € / EXT 17.05 €

JEUNE : Nom : Prénom :
Né (e) le : / / à : Sexe : F G
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone portable du jeune : / / / /
Etablissement scolaire :

Représentant légal 1 :

Nom :
Prénom :
Situation familiale :
Adresse :
Courriel :
Tél portable :
Profession :
Employeur :
Tél professionnel :

Représentant légal 2 :

Nom :
Prénom :
Situation familiale :
Adresse :
Courriel :
Tél portable :
Profession :
Employeur :
Tél professionnel :

PERSONNES A PREVENIR AUTRES QUE LES PARENTS :

Nom : Lien : Tél :
Nom : Lien : Tél :

AUTORISATION DE SORTIE :

J'autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs seul :
 Oui quand il le souhaite Oui avec la navette Oui à partir deh Non
Personne(s) autorisée(s) à venir chercher votre enfant :
.....

RESPONSABLE LÉGAL ET PAYEUR DES FACTURES :

Nom : Prénom :
Courriel :@.....
Numéro d'allocataire CAF des Yvelines pour les séjours : (permet l'accès aux aides de la CAF)

➤ Les factures sont envoyées par courriel.

Signature du responsable :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse.

1- **VACCINATION (ou copie carnet de santé)**

VACCINS OBLIGATOIRES Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite Coqueluche – Haemophilus	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Nom du vaccin : Date du dernier rappel :	BCG	
	Hépatite B	
	Rubéole-Oreillons-Rougeole	
	Pneumocoque	
	Autres (Préciser) :	

2- **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

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 avec la notice et marquées au nom de l'enfant. **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

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

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

RÉGIME ALIMENTAIRE :

PAI (Projet d'accueil individualisé) : Oui Non Si oui, fournir les documents

ALLERGIES : Alimentaires Oui Non
 Médicamenteuses Oui Non
 Autres (animaux, plantes, pollens) Oui Non Si oui, précisez

ASTHME : Oui Non
 Si **oui**, joindre un certificat médical précisant la cause, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

.....

3- **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :** (Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne)

.....

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Fait à Le / /

Signature :