

Accueil 2 Jeunes

Carte d'adhésion 2016/2017



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'ADHERENT

NOM du Jeune Adhérent: _____

Prénom: _____

Date de Naissance: _____

Adresse du Jeune: _____

Code Postal: _____ Ville: _____

Téléphone du Jeune: _____

LES PARENTS/TUTEURS

NOM du Père: _____

Adresse du Père: _____

Code Postal: _____

Ville: _____ Téléphone: _____

NOM de la Mère: _____

Adresse de la Mère (si différente): _____

Code Postal: _____

Ville: _____ Téléphone: _____

À _____ LE _____ SIGNATURE :

ADHESION A L'ACCUEIL 2 JEUNES

Pour pouvoir participer aux activités proposées par l'A2J, l'adhésion à l'Accueil est obligatoire.

Celle-ci donne accès aux temps d'animation et aux permanences, et permet de bénéficier de l'assurance responsabilité civile de la Mairie (il est toutefois conseillé de contracter une garantie individuelle accident pour votre enfant).

Le règlement de l'adhésion et la restitution des documents du-



AUTORISATION POUR LES PHOTOS/VIDEOS

Je soussigné (Nom, prénom) _____

autorise la mairie de Malemort à reproduire et diffuser les photographies et/ou vidéo réalisées

par la mairie de Malemort de mon enfant (nom, prénom) : _____

Pour les usages exclusifs de la mairie de Malemort (journaux internes, illustrations de documents d'information, illustrations du site internet).

Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans.

Fait à _____



Commune de
MALEMORT





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtrie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, BCG.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE. Rows include COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

Horizontal dashed lines for providing allergy details.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Horizontal dashed lines for health difficulties.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

Horizontal dashed lines for parental recommendations.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Section for the Director of Families to fill in, including contact details.

OBSERVATIONS

Horizontal dashed lines for observations.