



FICHE D'INSCRIPTION

À L'ESPACE JEUNES DU PAYS GRENAUDOIS - ANNÉE SCOLAIRE 2016-2017

Période(s) d'inscription : 1^{er} trimestre 2nd trimestre 3^{ème} trimestre

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REPRESENTANT LEGAL

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Adresse mail :

Profession du père :

Profession de la mère :

Personnes à prévenir en cas d'urgence (devant être joignables à tout moment)

	Père	Mère	Autre, préciser
Téléphone domicile			
Téléphone travail			
Téléphone portable			

Régime : CAF MSA Autre

N° allocataire (CAF ou autre régime) :

Contre indications médicales et alimentaires :

.....

.....

.....



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DE L'ESPACE JEUNES DU PAYS GRENAUDOIS - ANNÉE SCOLAIRE 2016-2017

VACCINATIONS

FOURNIR PHOTOCOPIES DU CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCENANT L'ENFANT

• L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?		RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE	
		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE	COQUELUCHE		ROUGEOLE		OREILLONS	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

• Allergies :

Asthme : oui non Alimentaires : oui non
Médicamenteuses : oui non Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
.....
.....

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération....) en précisant les dates et précautions à prendre :

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal + ville : Téléphone domicile :

Téléphone portable : Téléphone bureau :

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

Le responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire de liaison et autorise le responsable de l'Espace Jeunes du Pays Grenadois à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale.....) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :