



FICHE D'INSCRIPTION

À L'ESPACE JEUNES DU PAYS GRENAOIS - ANNÉE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
N° de portable du jeune :

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 :

.....
.....
.....

Liste des adultes autorisés à venir chercher l'enfant :

NOM PRENOM	N° DE TELEPHONE

❶ **Aucun autre adulte ne sera autorisé à récupérer votre enfant sans autorisation écrite de votre part.**



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DE L'ESPACE JEUNES DU PAYS GRENAOIS - ANNÉE

VACCINATIONS

FURNIR PHOTOCOPIES DU CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT ET L'AMENER LORS DE L'INSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Etablissement hospitalier souhaité, en cas d'urgence : nom adresse.....

Date : **Signature :**