



Centre de loisirs jeunes

Dossier d'inscription pour 2021

Jeunes nés entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2008

SERVICE DE L'ENFANCE

Dossier suivi par : Amélie Ponchel

☎ 03 28 82 91 60 | enfance@sequedin.fr

Famille

Responsable 1 :

Responsable 2 :

Adolescent 1 :

Adolescent 2 :

Adolescent 3 :

Documents administratifs à rendre dument complétés au service de

l'enfance : Renseignements administratifs sur la famille (cf. p. 2 de ce dossier)

Renseignements administratifs sur l' (les) adolescent(s) (cf. p. 3 de ce dossier)

Autorisations diverses (cf. p. 4 de ce dossier)

Fiche sanitaire de liaison (une par adolescent)

Copie du carnet de vaccination (une par adolescent)

Attestation d'assurance en responsabilité civile valable pour l'année 2021

Attestation de la carte Vitale

Brevet de natation (50 m) (un par adolescent)

Renseignements administratifs sur la famille

Situation CAF

Nom de l'allocataire CAF :

N° d'allocataire CAF :

Quotient familial 2021 :

Responsables

Responsable 1 :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Portable : Maison : Bureau :

Courriel :

Responsable 2 :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Portable : Maison : Bureau :

Courriel :

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (si différentes des parents) :

NOM et Prénom	Adresse postale	N° tél. portable	N° tél. fixe

Renseignements administratifs sur l' (les) adolescent(s)

Adolescent 1 :

NOM : Prénom :

Date de naissance : / / 20..... Garçon Fille

Portable : Courriel :

Repas : standard sans porc sans viande

Adolescent 2 :

NOM : Prénom :

Date de naissance : / / 20..... Garçon Fille

Portable : Courriel :

Repas : standard sans porc sans viande

Adolescent 3 :

NOM : Prénom :

Date de naissance : / / 20..... Garçon Fille

Portable : Courriel :

Repas : standard sans porc sans viande

Information en cas d'absence

Nous soussignés, M. et M^{me},
parents des adolescents indiqués ci-dessus, nous engageons à prévenir :

- M^{me} Isabelle DUBUISSON, directrice du centre de loisirs jeunes, au **06 66 51 14 92** ; ou
- M^{me} Amélie PONCHEL, gestionnaire du service de l'enfance, au **03 28 82 91 60**,

dans le cas où notre (nos) adolescent(s) ne serait(ent) pas présent(s) au centre de loisirs jeunes.

Autorisations diverses

Nous soussignés, M. et M^{me},
parents des adolescents indiqués précédemment, autorisons :

1. le personnel du centre de loisirs jeunes à prendre des photos ou des vidéos de notre (nos) adolescent(s) pouvant servir aux réalisations du service de communication (site internet, plaquettes, etc.)..... Oui Non
2. notre (nos) adolescent(s) à participer aux déplacements et aux sorties encadrés avec ou sans transport par les animateurs du centre de loisirs jeunes..... Oui Non
3. notre (nos) adolescent(s) à participer au temps libre organisé durant les activités du centre loisirs jeunes..... Oui Non
4. notre (nos) adolescent(s) à repartir seul(s) après les activités du centre Oui Non

*

**

Nous certifions l'exactitude des renseignements fournis et nous engageons à informer le service de l'enfance des éventuelles modifications de situation.

Date : / / 20.....

Signatures :

Responsable 1 :	Responsable 2 :
-----------------	-----------------

Adolescent 1 :	Adolescent 2 :	Adolescent 3 :
----------------	----------------	----------------



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MEDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

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 rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :