



FICHE DE RENSEIGNEMENTS Année scolaire 20 -20

(Inscription de septembre à septembre à partir de l'entrée au collège)

ACCUEILS DE LOISIRS DE LA DIRECTION JEUNESSE :

- ACCUEIL CITEJEUNES des Bergères
- ACCUEIL de Courdimanche

RESPONSABLE LEGAL (du jeune) :

Père Mère Tuteur

NOM ET PRENOM :

PORTABLE 1: PORTABLE 2:

ADRESSE :

NOM ET N° CONTRAT D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :

LE JEUNE :

NOM :

PRENOM :

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

ADRESSE :

PORTABLE :

- | | | | |
|--------------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ☞ Votre enfant a-t-il un P.A.I. (projet d'accueil individualisé)? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> | ☞ Votre enfant est-il en situation de handicap ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> | ☞ Autorisation droit à l'image (complétez ci-dessous) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> | ☞ J'accepte de recevoir par SMS ou mail des éléments de communication
Concernant les activités du service jeunesse | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Date :

Signature :

Je soussigné

Demeurant

Autorise

La Mairie des Ulis à me filmer / me prendre en photo (rayer la mention inutile)

moi.....ou mon enfant.....dans le cadre du tournage en vue de sa promotion, sur tous supports légaux.

Sans que cette liste soit limitative : diffusion des images de la vidéo et des dérivés de cette vidéo sur la chaîne Youtube de la ville, le site internet de la ville, et tous les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, Instagram, Snapchat).

La mairie des Ulis s'interdit expressément de procéder à l'exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les images, objets de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Je reconnais avoir pris connaissance de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation de ceux-ci.

Fait de bonne foi,

Date, lieu et signature

(Pour un enfant, signature des parents ou du tuteur légal)



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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 ?

RUBÉOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
ALLERGIES :		ASTHME	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MÉDICAMENTS USES	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AUTRES	_____		
		ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : OUI NON

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SSI).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
