



FICHE de LIAISON Centre de Loisirs des Jeunes - 2018

1. INFORMATIONS DU JEUNE

NOM : Prénom :

Adresse :, -

Date de naissance :/...../..... Age : ans. ☎ : /..... /..... /..... /.....

Sexe : Fille Garçon Sait nager : non oui

Attestation d'aisance aquatique fournie

2. INFORMATIONS DES RESPONSABLES LÉGAUX

N° allocataire CAF : clé..... ; Quotient Familial si Quinocéen : (joindre attestation)

Assurance Responsabilité Civile extrascolaire (attestation à fournir) :

Assureur : N° du contrat :

| | |
|--|--|
| <p>PÈRE</p> <p>NOM : Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>..... -</p> <p>☎ : - fixe : /..... /..... /..... /.....</p> <p style="padding-left: 20px;">- portable : /..... /..... /..... /.....</p> | <p>MÈRE</p> <p>NOM : Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>..... -</p> <p>☎ : - fixe : /..... /..... /..... /.....</p> <p style="padding-left: 20px;">- portable : /..... /..... /..... /.....</p> |
| <p>RESPONSABLE DURANT L'INSCRIPTION AU CENTRE de LOISIRS des JEUNES (si différent) :</p> <p>NOM : Prénom :</p> <p>Adresse :, -</p> <p>☎ : fixe : /..... /..... /..... /..... ; portable : /..... /..... /..... /.....</p> | |

3. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé du jeune, photocopies acceptées)

| Vaccins obligatoires | Dates rappels | Vaccins recommandés | Dates rappels |
|--|---------------------|-----------------------------|---------------------|
| Diphtérie | /..... /..... | Hépatite B | /..... /..... |
| Tétanos | /..... /..... | Rubéole, Oreillon, Rougeole | /..... /..... |
| Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq | /..... /..... | Coqueluche | /..... /..... |
| BCG | | | |

4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE (Rayez la mention inutile)

- VOTRE JEUNE SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL ? Oui Non

Si oui lequel ?

Avec les médicaments éventuels, merci de joindre une ordonnance récente. Sans celle-ci, aucun médicament ne pourra être donné.

- LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole : oui non ; Varicelle : oui non ; Angine : oui non

Coqueluche : oui non ; Otite : oui non ; Rougeole : oui non

Rhumatisme articulaire aiguë : oui non ; Scarlatine : oui non

- ALLERGIES :

Asthme : oui non Médicamenteuse : oui, à quoi : non

Alimentaire : oui non Autres :

- INDIQUEZ ICI LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ RENCONTRÉES PAR LE JEUNE, en précisant dates et précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération chirurgicale, rééducation...)

5. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ?

6. AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), responsable légal ou responsable du jeune durant l'inscription (rayez la mention inutile), autorise (Nom et prénom du jeune) à participer aux activités proposées par le CLJ de Saint-Quay-Portrieux et déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise le responsable du CLJ à prendre, si urgence, toutes mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention médicale, transfusion sanguine) rendues nécessaires par l'état du jeune.

J'autorise la diffusion de photos du jeune sur des supports de communication utilisés par la Mairie ou la presse régionale : oui non

J'autorise le transport du jeune dans le cadre des activités du centre en car ou minibus (conduit par un animateur qualifié) : oui non

J'autorise le jeune à venir et rentrer seul du CLJ : oui non

J'ai également lu et approuvé le Projet Pédagogique ainsi que le Règlement intérieur du CLJ.

Fait à Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé » :
En date du :/...../2018