

# Service Ecoles enfance et Jeunesse

## FICHE D'INSCRIPTION POUR LE SECTEUR ADO

Nom & Prénom de l'adolescent : .....

Né(e) le : .....

Garçon

Fille

Classe..... adresse mail : .....

### INFORMATIONS SUR LES PARENTS :

Nom & prénom du père : .....

Nom & prénom de la mère : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Tél. domicile : .....

Tél. domicile : .....

Tél. portable : .....

Tél. portable : .....

Tél. bureau : .....

Tél. bureau : .....

Adresse mail : .....

Adresse mail : .....

Mon enfant ira à l'aide aux leçons ados le lundi oui  non

le jeudi oui  non

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

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des Derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie				Hépatites B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq					
BCG					

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

### 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire aigu	Scarlatine
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 <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
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"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

**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**.

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

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

**AUTORISATION PARENTALE**

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise mon enfant .....

- à participer aux activités et sorties organisées par le Secteur Ados. (OUI  NON )
- à être pris en photo pour diffusions éventuelles sur nos supports de communications (blog, journal interne, expos...). (OUI  NON )

Date :

Signature :