

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"/>				
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
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 :