

Adhésion jeune n° :

INFORMATION CONSERNANT LE JEUNE :

Nom : **Prénom :** N° téléphone du jeune :

Date et lieu de naissance : Nationalité Etablissement scolaire :

Adresse :
.....

Régime alimentaire : sans viande sans porc sans régime

AUTORISATIONS :

Le jeune peut :	OUI	NON
Quitter seul le centre		
Participer aux sorties organisées par le centre		
Participer aux soirées proposées ponctuellement par le centre (dates communiquées à l'avance)		
Participer aux activités physiques et/ou sportives		
Participer aux baignades surveillées		
Utiliser les transports en commun, en véhicule de service et car de location		
Droit à l'image : La maison du grand cerf peut utiliser les images de tous les membres de notre famille, prises durant les activités, avec un appareil photo (numérique) ou une caméra vidéo, en lien uniquement avec la promotion de ses diverses activités et publications et je renonce à tout droit de compensation ou de possession pour toute utilisation de ce matériel.		

INFORMATION CONSERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX :

	Nom / Prénom date de naissance	Adresse	Numéro de téléphone : (Portable et travail)	Mail
N°1				
N°2				

N° Allocataire : Quotient Familial : Actualisé le : / /

Numéro de sécurité sociale (15 chiffres) :

Bénéficiez-vous des minimas sociaux ? Non Oui : RSA / AAH / Minimum vieillesse/ autre :

PERSONNES AUTORISEES OU INTERDITES A VENIR CHERCHER LE JEUNE

Interdite	Nom/Prénom	Téléphone
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

IMPORTANT : Veuillez signaler tout changement intervenant en cours d'année.

I - Vaccinations : JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE

Vaccins	Oui	Non	Date	Vaccins	Oui	Non	Date
Diphtérie				Haemophilus influenzae B			
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole			
Poliomyélite				Méningocoque C			
Hépatite B				Pneumocoque			
Coqueluche				Autres (préciser)			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

II - Renseignements médicaux :

<u>Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?</u>	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Angine		
Scarlatine		
Coqueluche		
Otite		
Rougeole		
Oreillons		
Rhumatisme articulaire aigu		

<u>Le jeune fait-il :</u>	OUI	NON
De l'asthme		
Une allergie alimentaire (si oui, préciser la cause de l'allergie ci-dessous)		
Une allergie médicamenteuse (si oui, préciser la cause de l'allergie ci-dessous)		

Autres allergies ou maladie à communiquer (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....
.....

Si allergie ou maladie, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir
Si prise médicamenteuse, vous devez obligatoirement joindre une ordonnance récente (et lisible) et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) en cours : Non Oui : Joindre le protocole et toutes informations utiles.

III - Recommandations complémentaires (à renseigner obligatoirement.)

	OUI	NON
Votre enfant porte-il des lunettes		
Des lentilles		
Des prothèses ou appareil		
Des prothèses auditives		

Je soussigné(e),responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise le responsable du centre et l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris l'anesthésie générale. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur. J'autorise le responsable du centre et l'équipe d'animation à transporter ou faire transporter par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté et à reprendre l'enfant après les soins.

Après en avoir pris connaissance, je déclare accepter le règlement du fonctionnement de l'accueil des adolescents joint au dossier d'inscription.

Fait à Ronchin, le / /

Signature :