

1 - VACCINATIONS : Se référer au carnet de santé ou fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Orchelles-Rougeole	
Poliomyélite				Couqueleche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracocq					

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- ❖ L'enfant a-t-il un traitement médical ? OUI NON
- Si OUI, précisez une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments datés (sur emballage d'origine marqués 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	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"/>
COQUELECHE	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"/>	

- ❖ L'enfant fait-il de :
 - ✓ ASTHME OUI NON
 - ✓ ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES OUI NON
 - ✓ ALLERGIES ALIMENTAIRES OUI NON

AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (se automédication la signaler)

INDIQUEZ CHAPRES

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE ACCIDENT CRISES CONVULSIVES HOSPITALISATION, OPÉRATION RÉÉDUCTION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES DES PROTHÈSES AUDITIVES DES PROTHÈSES DENTAIRES ETC PRÉCISEZ _____

4 - CONTACT MÉDICAL ET AUTORISATIONS

NOM MÉDECIN TRAITANT _____

TEL MÉDECIN _____

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Datez et Signez :

OBSERVATIONS _____

➔ **SVP, VEUILLEZ A BIEN REMPLIR INTEGRALEMENT CETTE PAGE, MERCI !**

- DOSSIER INSCRIPTION -

Animations Ados

Nom - prénom du jeune :

Date de naissance :



Animation jeunesse - Mairie de Beaurepaire

Contact => Arnaud THOMAS : jeunesseetsports@beaurepaire85.fr ou 06-48-74-45-48



Animations Ados

FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS

FAMILLE

Nom du responsable des enfants : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal et Ville : _____

Tel. Fixe : _____ Portable : _____

Tel. Travail : _____

Adresse E-mail : _____

(Nécessaire pour l'envoi d'informations importantes)

Nom du père : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Tel. Fixe : _____ Portable : _____

Tel. Travail : _____

Nom de la mère : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Tel. Fixe : _____ Portable : _____

Tel. Travail : _____

JEUNE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Sexe : _____

Ecole : _____ Classe : _____

Portable : _____



Animations Ados

AUTORISATIONS PARENTALES TARIFICATION / TRANSPORT

Pour la ou le jeune : _____

• Photographie et vidéo

Dans le cadre du fonctionnement des animations ados, Arnaud peut être amené à prendre des photos et vidéos de votre ou vos enfants. J'autorise celui-ci à utiliser si besoin, des photos et vidéos de mon ou mes enfants (réseaux sociaux professionnels de la commune, article de presse, bulletin municipal) :

Oui Non

• Départ de mon enfant avec une tierce personne

En cas de retard de votre part ou d'empêchement pour venir chercher votre ou vos enfants, une tierce personne de votre entourage peut venir le ou les chercher à l'issue des animations ados.

J'autorise mon ou mes enfants à rentrer seuls : Oui Non

J'autorise mon ou mes enfants à rentrer avec :

_____ N° de tél : _____

_____ N° de tél : _____

_____ N° de tél : _____

➤ Je décharge la municipalité de toutes responsabilités à partir du moment où mon ou mes enfants quittent les activités ados.

SIGNATURE du représentant légal :

• Tarification

Les tarifs des activités sont votés en conseil municipal et calculés en fonction du quotient familial et régime social. La tarification est modulée en fonction de deux tranches de quotient familial :
Quotient Familial < 900 et Quotient Familial > 900.

Donc pour pouvoir prétendre au tarif correspondant au quotient familial < 900, il faudra impérativement fournir une copie de votre justificatif de quotient familial.
Sans ce justificatif, le tarif le plus fort sera appliqué.

• Transport

Dans le cadre des activités du service jeunesse, les jeunes peuvent être amenés à voyager en voiture ou en minibus (conducteur de +de 21 ans et 3 ans de permis).