



Fiche d'inscription au Point Accueil Jeunes 2022/2023

Le jeune :

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Sexe : F M

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Responsable légal 1 :

NOM :

Prénom :

Adresse :

CP et Ville :

N° Tel fixe : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

N° Portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Responsable légal 2 :

NOM :

Prénom :

Adresse :

CP et Ville :

N° Tel fixe : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

N° Portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Personne à prévenir en cas d'urgence : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Nom :Prénom :Lien avec le jeune :

Régime de Couverture Sociale :

Régime général Mutualité Sociale Agricole (MSA)

Autre :

N° Allocataire Caisse d'Allocation Familiale CAF) :

N° de sécurité sociale : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| / |_|_|

Autorisations :

J'autorise l'équipe d'animation à utiliser l'image de mon enfant pour la présentation, la promotion et l'illustration des actions jeunesse du PAJ

J'autorise l'équipe d'animation à véhiculer mon enfant dans le cadre des activités prévues par le PAJ

Je m'engage s'il y a lieu à rembourser le PAJ des frais médicaux occasionnés en cas d'intervention du médecin.

Je soussigné(e) M. Mme (NOM/Prénom)

- atteste que mon enfant est couvert par une assurance civile et extrascolaire ;

- et déclare exacts les renseignements indiqués et avoir pris connaissance du règlement intérieur du PAJ que j'approuve sans restriction et m'engage à régler les 4 euros d'adhésion de mon enfant au PAJ.

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

- fiche sanitaire de liaison

- photocopie des vaccinations à jour

Date et Signature des responsables légaux:

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

2 – 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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
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 ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ? OUI NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre au Point Accueil Jeunes de la ville de La Riche au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **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, ni sans P.A.I.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES: ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES 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**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e),..... 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.

Date :

Signature des parents: