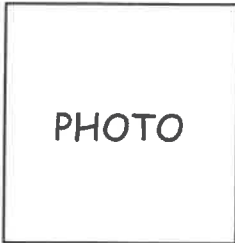


# DOSSIER D'INSCRIPTION 2021

## Service Jeunesse de FAMARS



*NOM* : .....  
*Prénom* : .....  
*Date de naissance* : .....  
*Age* : .....  
*Sexe* : .....

### ACCUEILS DE LOISIRS

- De janvier à décembre inclus (6/17 ans):

Mercredi

- Petites Vacances (6/17 ans) :

Vacances d'Hiver

Vacances de Printemps

Vacances de Toussaint

Vacances de Noël

GROUPE :

- JUILLET (4/17 ans):

S1  S2  S3  S4

### NAVETTES

Matin

Soir

Artres

Quérénaing

Cimetière / Ecole

<u>GARDERIE</u>	<u>Matin</u>					<u>Soir</u>				
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
S1: du 08 au 09/07										
S2: du 12 au 16/07										
S3: du 19 au 23/07										
S4: du 26 au 30/07										

Service Jeunesse / Mairie de Famars

13 rue de Bermerain 59300 Famars

Tél. : 03.27.28.10.20

E-mail : fdujardin@famars.fr



## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom:.....  
Date et lieu de naissance:.....  
Nationalité:.....  
Ecole/collège/lycée : ..... Ville:.....

Régime alimentaire sans porc  oui  non  
sans viande  oui  non

Autorisation de rentrer seul après l'accueil :  oui  non

Autorisation de participer à toutes les activités sportives et autres :  oui  non

Autorisation d'être photographié dans le cadre du centre et bulletin municipal :  oui  non

Autorisation d'effectuer les soins médicaux indispensables à sa bonne santé:  oui  non

Autorisation d'être transporté en cas d'urgence au CH de Valenciennes:  oui  non

## LES PARENTS

Nom du représentant légal : .....Prénom : .....

Téléphone : ..... N° de Tél portable : .....

Email : .....

Adresse:..... Code postal:..... Ville:.....

Profession du père : ..... Tél : .....

Profession de la mère : ..... Tél : .....

Nom et adresse de l'Assurance en responsabilité civile : .....

.....N° de police : .....

N° d'allocataire CAF : .....

Joindre l'ATTESTATION DE QUOTIENT FAMILIAL pour bénéficier du tarif préférentiel.

## LA (LES) PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À REPRENDRE L'ENFANT ET À PRÉVENIR EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS:

1) ..... Tél : .....

2) ..... Tél : .....

3) ..... Tél : .....

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et s'engage à avertir le Service Jeunesse des changements éventuelles (adresse, n° de téléphone, situation familiale ...) pouvant intervenir durant l'année.

Fait à ..... le ..... Signature :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.**

## 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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

## 3 - 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> 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.)

---



---



---

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_

portable : \_\_\_\_\_

travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_

portable : \_\_\_\_\_

travail : \_\_\_\_\_

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---

---