

Association Service Enfance Jeunesse de Ghyvelde

FICHE D'INSCRIPTION SUR ESPACE EDUCATIF PERISCOLAIRE DE LES MOËRES

Semaine

Mercredis

Vacances

Autorisation de transporter votre enfant lors d'activités avec le véhicule du SEJ :

oui non

Nom : Prénom : N° d'adhérent :

Adresse :
.....

Date de naissance : Lieu :

Classe fréquentée : Ecole :

N° allocataire CAF : (Obligatoire) :

Régime d'appartenance :

Attestation d'impôts en fin d'année à établir au nom de :

Coordonnées du Père de l'enfant	Coordonnées de la mère de l'enfant	Personne à prévenir en cas d'accident
Nom - Prénom	Nom - Prénom	Nom - Prénom
Profession :	Profession :	Profession :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tél. dom :	Tél. dom :	Tél. dom :
Tél. port :	Tél. port :	Tél. port :
Nom employeur :	Nom employeur :	Nom employeur :
Lieu de travail :	Lieu de travail :	Lieu de travail :
Tél. :	Tél. :	Tél. :

PERSONNES AUTORISEES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Nom -Prénom	Nom -Prénom	Nom -Prénom
Profession :	Profession :	Profession :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tél. dom :	Tél. dom :	Tél. dom :
Tél. port :	Tél. port :	Tél. port :
Nom et adresse du médecin traitant		N° Téléphone

▶ En cas d'urgence et en cas d'absence du médecin de famille, un autre docteur pourra être appelé.

▶ En cas d'accident (ex : coups à la tête), les animatrices appellent les pompiers et ou le SMUR puis les parents.

Je soussigné(e) :Père , mère , ou tuteur ,

De l'enfant (nom et prénom) :

▶ Autorise ce dernier à participer aux différentes activités et sorties proposées par l'association SEJ

▶ Autorise l'association SEJ à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence médicale

▶ Décharge l'association SEJ et l'équipe d'animation de toute responsabilité dès le départ de l'enfant.

▶ Autorisation droit à l'image : Oui Non :

Lieu et date :

Signature

« Mention « Lu et approuvé »

1. ENFANT

Fiche sanitaire de liaison	Nom :
	Prénom :
	Date de naissance :
	Rhésus sanguin :

2. VACCINATIONS (Fournir une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations obligatoires)

Vaccin	Oui	Non	Date	Vaccin	Oui	Non	Date
DT POLIO				ANTIVARIOLIQUE			
DT COQ				R.O.R.			
TETRACOC				AUTRES			
BCG							

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui NON

(Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leurs boîtes d'emballage, marquées au nom de l'enfant, avec la notice. Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance).

a) L'ENFANT A T-IL REÇU DES INJECTIONS DE SERUM ? OUI NON

b) L'ENFANT A T-IL CONTRACTE LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	COQUELUCHE	SCARLATINE	ROUGEOLE
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"/>
OREILLONS	ANGINE	OTITE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	AUTRES (1)
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"/>

(1) Si oui lesquelles :

c) ALLERGIES

ASTHME	ALIMENTAIRES	MEDICAMENTEUSES	AUTRES
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"/>

Préciser les causes de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

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

d) **INDIQUEZ CI-APRES :** Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...., précisez : Les difficultés de santé, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

e) **TRANSPORT L'ENFANT EN CAS D'ACCIDENT**

IL EST FAIT APPEL AUX POMPIERS QUI TRANSPORTENT AUTOMATIQUEMENT L'ENFANT AU CENTRE HOSPITALIER DE DUNKERQUE.

f) **ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

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

Lieu et date :

Signature
« Mention « Lu et approuvé »