

FICHE D'INSCRIPTION 2023-2024

ACCUEIL DE LOISIRS JEUNESSE

ALJ 14-17 ANS

- JEUNE 14-17 ans -

NOM :Prénom :

Date de Naissance :

Adresse CP Ville :

☎ Jeune :

Adhésion
13€

Cotisation ALJ
5€

Copie du carnet
de vaccinations

-RESPONSABLE 1 DU JEUNE-

NOM :

Prénom :

Adresse :

☎ Fixe :

☎ Portable :

☎ Travail :

Email :

N° Allocataire (CAF) :

-RESPONSABLE 2 DU JEUNE-

NOM :

Prénom :

Adresse :

☎ Fixe :

☎ Portable :

☎ Travail :

Email :

N° Allocataire (CAF) :

- AUTORISATION PARENTALE -

Je soussigné(e) :

1. Autorise :

- Mon enfant à suivre et pratiquer toutes les activités organisées dans le cadre de l'ALJ
 - Le transport de mon enfant pour les sorties : minibus, transports en communs ou cars de sociétés privées
 - Le personnel est autorisé à photographier et/ou filmer mon enfant, dans la mesure où les films et les images seront utilisés dans un cadre de communication de l'association
 - Le personnel est autorisé à photographier et/ou filmer mon enfant, dans la mesure où les films et les images seront utilisés dans le cadre des activités
 - Mon enfant à s'inscrire et à réserver les activités, seul
 - Mon enfant à rentrer seul depuis le lieu de l'activité ci-celle se déroule à la Mulatière
 - Mon enfant à rentrer seul du Centre Social à partir de 17h00
- Ou
- Demande que mon enfant soit confié à :

2. Certifie :

- Avoir pris connaissance et accepte le règlement de fonctionnement,

3. Note que la prise en charge du mineur par l'association s'arrête avec la fermeture de l'accueil de loisirs jeunes.

Fait à La Mulatière, le / /2023

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :