

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DE VINAY

705 Route de Grenoble - BP 39 - 38470 VINAY

Tél : 04.76.36.86.26 - Fax : 04.76.36.86.47

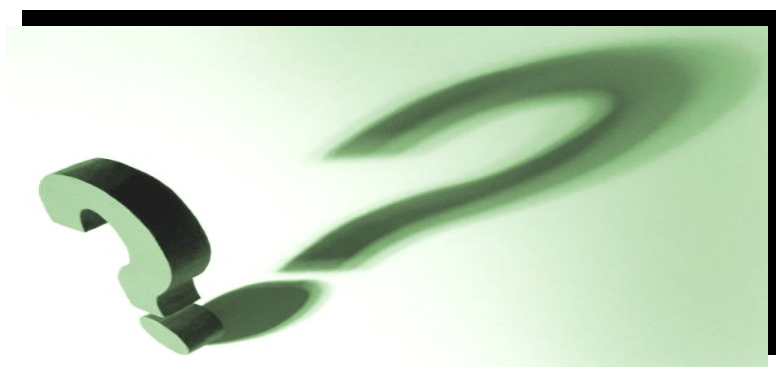
e.mail : communaute-communes-vinay@wanadoo.fr

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE Service Animation Jeunes

Nom :

Lors de vos inscriptions au SAJ, et pour renouveler votre adhésion, n'oubliez pas d'amener :

- Une attestation de responsabilité civile, non périmée, au nom de votre enfant.
- Une attestation de quotient familial nécessaire pour régler l'adhésion (**datant de moins de deux mois au moment de l'inscription**) : 15€ pour les QF de 0 à 920 et 22€ pour les QF au delà de 920.
- Les chèques sont à établir à l'ordre du Trésor Public.



Service Animation Jeunes Parc de la Providence 38470 VINAY

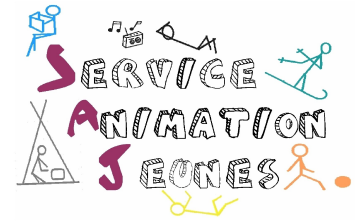
Tel: 09 61 21 67 59 Fax : 04 76 36 86 47

E-Mail : m.desroches@ccvinay.fr

Photos et programmes sur: saj38.over-blog.com



Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
Sexe :
Date de naissance :



Est-il assuré : Assureur :
N° Contrat : Début :

Autorisation d'intervention médical :
Autorisation de filmer et de photographier :
Médecin traitant : Nom : Tel :
Lieu d'hospitalisation habituel :
Type de repas / régime spéciaux :

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....

Nom du responsable : père mère autre (précisez) : **Né(e) le :**
Prénom du responsable : Situation familiale :
Email :
Adresse :
Code postal et ville :
Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
N° de sécu : Centre de sécu :
Employeur : Profession :
N° allocataire CAF : Quotient Familial CAF :
Autre Régime : N° :
Sous tutelle financière : Organisme de tutelle :

Deuxième parent : père mère

Nom : **Prénom :** **Né(e) le :**
Email :
Adresse :
Code postal et ville :
Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :
N° de Sécu. : Centre de Sécu. :
Employeur : Profession :

Observations :
.....
.....

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à le :/...../.....

Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 ?

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 AIGÛ 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 MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

