



# Dossier unique d'inscription

## Année 2011/2012

### Renseignements Administratifs

#### 1 fiche par famille

## I - Composition Familiale

**Père :**

- NOM : .....
- Prénom : .....
- Adresse : .....
- .....
- CP : ..... Ville : .....
- Téléphone : .....
- .....
- Nombre d'enfants à Charge : .....

**Mère :**

- NOM : .....
- Prénom : .....
- Adresse (si différentes) : .....
- .....
- CP : ..... Ville : .....
- Téléphone : .....
- .....

- Situation Maritale :     Mariage             Vie Maritale             Pacs             Divorce/Séparation
- Célibataire         Veuvage             Tuteur

• En cas de séparation, quel parent exerce l'autorité parentale ? .....

• Indiquez le représentant qui prendra en charge les factures afférentes : .....

• Adresse mail de la personne qui prendra en charge les factures afférentes : .....

J'accepte que la Mairie m'envoie des informations par mail

• Composition de la famille

N°ATTRIBUE A L'USAGER	NOM	PRENOM	Sexe	Date de Naissance	Classe	Ecole fréquentée
<b>1</b> (enfant)			<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> F.			
<b>2</b> (enfant)			<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> F.			
<b>3</b> (enfant)			<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> F.			
<b>4</b> (enfant)			<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> F.			
<b>5</b> (enfant)			<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> F.			
Autre cas (Précisez)			<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> F.			



**Dossier unique d'inscription  
Année 2011/2012  
INSCRIPTIONS AUX  
SERVICE JEUNESSE**

**Nom de L'enfant :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Classe :** ..... **Ecoles :** .....

**Ticket Jeunes pour les enfants de 8 à 11 ans**

(A cocher)

Autorise mon enfant à participer aux activités des Tickets Jeunes mis en place par la commune de Carantec

OUI  / NON

**Tickets Ados Pour les enfants de 12 à 14 ans**

(A cocher)

Autorise mon enfant à participer aux activités des Tickets Ados mis en place par la commune de Carantec

OUI  / NON

**Local Jeunes pour les enfants de plus de 12 ans**

(A cocher)

Autorise mon enfant à fréquenter le Local Jeune de Carantec pendant l'année  
OUI  / NON  si Oui, adhésion de 20 € à l'année

**ASSURANCE** : joindre obligatoirement une attestation d'assurance responsabilité civile couvrant l'enfant

**INSCRIPTION ET DECHARGE**

Ayant pris connaissance des fonctionnements des différents dispositifs proposés, je soussigné, .....  
....., responsable de l'enfant .....

1. Autorise mon enfant ..... à participer aux activités proposées
2. Certifie exact les renseignements portés sur la fiche
3. Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale et m'engage à rembourser les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques avancés par le centre
4. Autorise mon enfant ..... - à prendre le car dans le cadre des animations organisées à l'extérieur du centre

Fait à Carantec le

Signature



**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION**  
**ANNEE 2011/2012**  
**FICHE SANITAIRE 2012**  
 1 FICHE PAR ENFANT MINEUR

**Nom de L'enfant :** ..... **Prénom :** .....  
**Sexe :** M  F  **Date de naissance :** .....

**I - Vaccinations**

**Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES			Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES			Date
	OUI	NON			OUI	NON	
Diphtérie				Coqueluche			
Tétanos				Hépatite B			
Poliomyélite				Rougeole-Oreillon-Rubeole			
ou DT polio				B.C.G.			
ou Tétracoq				Autres (préciser)			

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

**II - Renseignements médicaux concernant l'enfant**

• Maladies chroniques : asthme, convulsions, diabète, autres (précisez) : .....

• Allergies : médicamenteuses  oui  non      asthme  oui  non  
 Alimentaires  oui  non      autres (animaux, pollen...)  oui  non  
**Si OUI, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :**

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

• Régime alimentaire (sur prescription médicale) ?  oui – lequel : .....  non  
 • L'enfant doit-il suivre un traitement médical ?  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

**Attention :** aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

• L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<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

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**

.....  
 .....

**DOCUMENT A RETOURNER DANS LA BOITE AUX LETTRES DU SERVICE JEUNESSE**



### III - Recommandations utiles

- Appareillages : port des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, autres (précisez)

.....  
.....

- Antécédents particuliers : fractures, entorses, difficulté de sommeil, autres (précisez)

.....  
.....

### IV - Médecin traitant

NOM : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

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

N° de Sécurité Sociale : .....

### V - Attestation du responsable legal

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

Tél. Domicile : ..... Tél. travail : ..... Tél. portable : .....

### V - Informations complémentaires

Compagnie d'assurance .....

N° de police d'assurance .....

### V - Accident ou indisposition

En cas d'urgence, nous nous efforçons de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Nous utilisons pour cela les numéros de téléphone que vous nous avez indiqués. Un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital, à moins que son état permette une certaine attente dans le cas où la famille peut le prendre en charge elle-même.

J'autorise l'anesthésie et l'intervention chirurgicale de mon enfant, au cas où, il serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.

Je m'engage à rembourser à la structure tous les frais médicaux et pharmaceutiques éventuels,

Je certifie avoir été informé, par l'organisateur, de mon intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles il participe. Et ce, conformément à la réglementation en vigueur,

Je soussigné(e) responsable légal, titulaire de l'autorité parentale, de l'enfant .....  
..... déclare exacts les renseignements portés sur cette  
fiche et autorise le responsable de l'établissement/du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures  
(*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de santé de  
l'enfant.

Date : ...../...../.....

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :