



Formulaire d'inscription au CAJ OUEST AMIENS

JUILLET 2011

Prière de remplir UN formulaire par jeune et de le retourner à la
COMMUNAUTE DE COMMUNES OUEST AMIENS 118 rue du Marais 80310 PICQUIGNY

RUBRIQUE A REMPLIR
OBLIGATOIREMENT

NOM : _____ Prénom _____ Né le ____ / ____ / ____
à _____
Adresse complète _____
Âge ans

Téléphone

Nom et numéro d'assurance du jeune

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE **Merci de remplir obligatoirement toutes les rubri-**

Renseignements	Le père	La mère	Mon enfant bénéficiera - Carte loisirs CAF <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Numéro _____ - Bons MSA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Numéro _____ (si oui : fournir une copie de la carte loisirs CAF et les bons MSA)
Nom-Prénom			
Né le			
Profession			
N° de téléphone de l'employeur	03 06	03 06	
N° sécurité sociale			

Etes-vous affilié au : Régime Général <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Régime Agricole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre (à préciser) _____	Etes-vous imposable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si non fournir une copie de l'avis de non imposable)
---	--

En cas d'urgence pendant les heures d'ouverture de l'Accueil de Loisirs, la personne à prévenir est :
 Nom et Prénom : _____
 ☎

Mon enfant sera présent sur le CAJ (cochez les cases correspondantes) :

Périodes

- Semaine 1 : du 4 au 8 juillet
- Semaine 2 : du 11 au 15 juillet
- Semaine 3 : du 18 au 22 juillet
- Semaine 4 : du 25 au 29 juillet


ACTE D'ENGAGEMENT :

Je soussigné _____
Responsable de l'enfant _____

Déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement des Accueils de Loisirs organisés par la Communauté de Communes Ouest Amiens et autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs ainsi que les transports lorsque cela est nécessaire et décharge ces derniers de toutes responsabilités en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les heures d'ouverture ou de fermeture du centre ; autorise également les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales). De même, j'autorise le CAJ à prendre des photographies ou des images vidéos de mon enfant, à exposer ceux-ci, dans le seul but de promouvoir le CAJ.

A _____ le ____ / ____ / 2010

Signature du responsable légal de l'enfant
À faire précéder de la mention « Lu et approuvé »





MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1-ENFANT

NOM _____

PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

GARCON FILLE

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR

2-VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
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 MEDICAUX 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE 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 AIGU 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 MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

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.

5-RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRENOM _____

ADRESSE (pendant le séjour) _____

TEL. FIXE (et portable), DOMICILE _____ BUREAU _____

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) _____

Je soussigné, _____

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.

Date :

Signature :