

Indiquez ci-après :

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

3 - Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

Observations diverses :

4 - RESPONSABLES DU MINEUR

Numéros de téléphone

Responsable 1, nom & prénom _____

domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Responsable 2, nom & prénom _____

domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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 Collectif des Mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

2023

Ville de
La Verpillière

A.C.M 11-15 ans

Dossier d'Inscription **A**ccueil **C**ollectif de **M**ineurs

JEUNE

Nom : _____ Prénom : _____ sexe : F M

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____ Age : _____ ans

Adresse complète de l'enfant : _____

RESPONSABLE 1

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Union Libre

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de Jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Adresse complète : _____

 _____

 _____ **(obligatoire)**

Adresse e-mail **(Obligatoire pour recevoir les documents via le Portail Famille)**

_____ @ _____

Profession _____

 Professionnel _____

 Professionnel _____

RESPONSABLE 2

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Union Libre

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de Jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Adresse complète **(si différente du responsable 1)** : _____

 _____

 _____ **(obligatoire)**

Adresse e-mail : **(Obligatoire pour recevoir les documents via le Portail Famille)**

_____ @ _____

Profession _____

 Professionnel _____

 Professionnel _____

DOCUMENTS à FOURNIR

Attestation de Responsabilité Civile

PERSONNES à CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOMS	Téléphone fixe	Téléphone mobile	Lien de parenté

RENSEIGNEMENTS CAF

Numéro d'allocataire CAF : _____

Quotient familial : _____ au ____ / ____ / ____

Pièces à fournir obligatoirement : notification CAF OU Dernier Avis d'Imposition

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné.e Madame, Monsieur _____

autorise mon enfant à partir seul OUI NON

Si **NON**, voici les personnes autorisées à venir le chercher (merci de noter le lien de parenté : grands-parents, oncle, tante, ami...) :

NOMS Prénoms	Lien de parenté	n° Téléphone

Autorisation Parentale pour l'usage de photographies/vidéos

Je soussigné(e) Madame, Monsieur _____

- Déclare autoriser l'Accueil Collectif des Mineurs à utiliser les photographies/vidéos de mon.mes enfant.s.
- Déclare refuser que mon.mes enfant.s soi.en.t) photographié.s dans le cadre de l'Accueil Collectif des Mineurs .

RESPONSABILITES

Je soussigné.e Madame, Monsieur _____

Père Mère Tuteur de l'enfant : _____

- Autorise le jeune à participer à toutes les activités de l'Accueil Collectif des Mineurs (ACM).
- M'engage à régler sa participation à réception de la facture.
- Dégage l'ACM de toutes responsabilités en cas de perte ou de vols d'objets personnels apportés par l'enfant.
- Autorise la Responsable de l'ACM à prendre sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence.

Je confirme la présente inscription et certifie exacts les renseignements donnés.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil Collectif des Mineurs et m'engage, sans réserve à le respecter.

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Fait à _____

Signature

le _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 – **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS	oui	non	DATES DE DERNIERS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Méningocoque C	
				Pneumocoque	
				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique 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 déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

Allergies : **ASTHME** oui non **ALIMENTAIRES** oui non **MEDICAMENTEUSES** oui non

AUTRES _____

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

Votre enfant mange-t-il du porc ? oui non

Votre enfant mange-t-il de la viande ? oui non