

DOSSIER D'INSCRIPTION 2024

Service Jeunesse de FAMARS

PHOTO

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Age:
Sexe :

ACCUEILS DE LOISIRS

- De janvier à décembre inclus (6/17 ans)

Mercredis récréatifs de 13h30 à 17h30 (sans garderie)

- Petites Vacances (6/17 ans)

Uniquement durant la 1^{ère} semaine de 9h00 à 17h00

Vacances d'Hiver
 Vacances de Toussaint

Vacances de Printemps
 Vacances de Noël

GARDERIE : inscription à la demi-heure 8h-8h30/8h30-9h00 17h-17h30/17h30-18h

- JUILLET (4/17 ans): 3 semaines

S1 ○ S2 ○ S3 ○

NAVETTES Matin ○ Soir ○ : ○ Artres ○ Quérénaing Cimetière / Ecole

GARDERIE : inscription à la demi-heure 8h-8h30/8h30-9h00 17h-17h30/17h30-18h

Service Jeunesse / Mairie de Famars

13 rue de Bermerain 59300 Famars

Tél. : 06.47.18.97.47 E-mail : pmeurisse@famars.fr



L'ENFANT

Nom : Prénom:.....
Date et lieu de naissance:.....
Nationalité:.....
Ecole/collège/lycée : Ville:.....

Régime alimentaire sans porc oui non
sans viande oui non

Autorisation de rentrer seul après l'accueil : oui non

Autorisation de participer à toutes les activités sportives et autres : oui non

Autorisation d'être photographié dans le cadre du centre et bulletin municipal : oui non

Autorisation d'effectuer les soins médicaux indispensables à sa bonne santé: oui non

Autorisation d'être transporté en cas d'urgence au CH de Valenciennes: oui non

LES PARENTS

Nom du représentant légal :Prénom :

Téléphone : N° de Tél portable :

Email :

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

Profession du père : Tél :

Profession de la mère : Tél :

Nom et adresse de l'Assurance en responsabilité civile :

.....N° de police :

N° d'allocataire CAF :

Joindre l'ATTESTATION DE QUOTIENT FAMILIAL pour bénéficier du tarif préférentiel.

LA (LES) PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À REPRENDRE L'ENFANT ET À PRÉVENIR EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS:

1) Tél :

2) Tél :

3) Tél :

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et s'engage à avertir le Service Jeunesse des changements éventuelles (adresse, n° de téléphone, situation familiale ...) pouvant intervenir durant l'année.

Fait à le

Signature :



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON 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 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).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, Hépatite B, Rubéole Oreillons Rougeole, Coqueluche, BCG, Autres (préciser).

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 ?

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE. Rows include COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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)

INDIQUEZ CI-APRÈS : 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
