

(Merci d'écrire en MAJUSCULES) Nom du jeune :	Prénom du jeune :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Né(e) le :	Téléphone 1 :	
Adresse E-mail de la famille :	Téléphone 2 :	
	Téléphone 3 :	
Responsable 1		Responsable 2
Nom :		
Prénom :		Garde Alternée <input type="checkbox"/>
Adresse :		Régime allocataire:
.....		
Code Postal :		♦ MSA <input type="checkbox"/>
Ville :		♦ CAF <input type="checkbox"/>
		Numéro d'allocataire :

J'autorise mon enfant :

- * à participer aux différentes activités proposées par Guingamp-Paimpol Agglomération.
- * à fréquenter les locaux jeunes. Je prends note que ces locaux sont d'un accès libre. Les jeunes peuvent quitter l'établissement avant l'heure de fermeture prévue.
- * à s'inscrire lui-même pour les périodes de vacances.

Je m'engage :

- * à fournir tous les documents requis pour compléter cette fiche d'inscription (Vaccins à jour, certificat médical, attestation d'aisance aquatique, numéro d'allocataire CAF...)
- * à régler les activités et l'**adhésion forfaitaire de 6 €**
- * à vérifier et corriger annuellement les données portées sur cette fiche

J'autorise :

- * la reproduction et l'utilisation des photos de mon enfant sur tous les supports de communication de Guingamp-Paimpol Agglomération (presse locale, magazine de l'Agglomération, site web; réseaux sociaux...) Oui Non
- * que ces données personnelles soient regroupées dans notre logiciel professionnel et uniquement utilisées et visualisées par les agents de notre service.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	
VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite	
ATTENTION : Votre enfant ne pourra pas être inscrit sans la copie des vaccins à jour.	

♦ **Allergies :** Médicamenteuses oui non
Asthme oui non
Alimentaires oui non
Autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

♦ **Recommandations utiles des parents :** Préciser si le jeune porte des lunettes, prothèses auditives, appareil dentaire... S'il suit un régime alimentaire particulier... :

♦ **Indiquer ci-après les difficultés de santé** (maladie, crise convulsive, hospitalisation, opération...) en précisant les **dates et précautions à prendre :**

♦ **Renseignement médicaux concernant l'enfant :**

L'enfant suit-il un traitement médical? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

♦ **L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

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

Je soussigné(e), **responsable légal(e)** de certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil, le cas échéant, à prendre toutes mesures, traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale... rendues nécessaire par l'état de mon enfant.

Année / Signature				
2020	2021	2022	2023	2024

