

LE JEUNE NOM :		Prénom :	
Date de naissance : / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Garde Alternée <input type="checkbox"/>	
Téléphone :	Régime allocataire: MSA <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/>		
Adresse mail :	Numéro d'allocataire :		

LE(S) RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) du jeune (si les parents sont séparés, merci de compléter deux dossiers)

Parent 1 : NOM Prénom

Téléphone : Adresse :

Téléphone Pro : Code Postal : Commune :

Mail :

Parent 2 : NOM Prénom

Téléphone : Adresse :

Téléphone Pro : Code Postal : Commune :

Mail :

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'accepte :

- * 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 Renseignement médicaux concernant votre 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.

♦ **Allergies** : Médicamenteuses oui non **Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**
Asthme oui non
Alimentaires oui non
Autres oui non

♦ **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** :
.....

♦ L'enfant est-il en **situation de handicap** ? oui non
Si oui, préciser

Si oui, a-t-il une notification MDPH ? oui non

♦ Vaccins obligatoires :	Date des derniers rappels
Diphtérie (D) ou DT polio	
Tétanos (T) ou Tétracoq	
Poliomyélite (P)	

ATTENTION : Votre enfant ne pourra pas être inscrit sans la copie des vaccins à jour.

♦ **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	2021	2022	2023	2024	2025
Signature					