

LE JEUNE NOM : Prénom :

Date de naissance : / / M F **Garde Alternée**

Téléphone : **Régime allocataire:** MSA CAF

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 :
 Mail : Code Postal : Commune :

Parent 2 : NOM Prénom
 Téléphone : Adresse :
 Téléphone Pro :
 Mail : Code Postal : Commune :

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 oui non
 Varicelle oui non
 Angine oui non
 Scarlatine oui non
 Coqueluche oui non
 Otite oui non
 Rougeole oui non
 Oreillons oui non
 Rhumatisme articulaire aigu oui 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	2024	2025	2026	2027	2028
Signature					