

JEUNE | KRENNARD

Nom : Prénom :

Date de naissance :

PARENT ALLOCATAIRE | DEN KAR SKORENNADOUR

CAF ☐

MSA ☐

Numéro allocataire :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Situation familiale : ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Vie maritale ☐ Veuf(ve) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e)

Numéro de sécurité sociale :

Téléphone :

Adresse mail :

NOM ET ADRESSE DE FACTURATION | ANV HA CHOMLEC'H FAKTURENNIÑ :

.....

.....

.....

Code postal : Commune :

PARENT 2 | DEN KAR 2 :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

LES AUTORISATIONS | AN AOTREOÙ :

J' AUTORISE MON ENFANT :

À PARTICIPER AUX DIFFÉRENTES ACTIVITÉS PROPOSÉES PAR LE SERVICE JEUNESSE

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

Droit à l'image : J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐ la prise de photos et de vidéos par le service, lors d'activités, à des fins d'illustration dans ses différents supports de communication : site internet, magazine de l'agglomération, plaquettes, journaux, réseaux sociaux de l'agglomération ...

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom Prénom et téléphone :

JE CERTIFIE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE LA STRUCTURE, JOINT.

J'ACCEPTÉ QUE CES DONNÉES PERSONNELLES SOIENT REGROUPEES DANS NOTRE LOGICIEL PROFESSIONNEL ET UNIQUEMENT UTILISÉES ET VISUALISÉES PAR LES AGENTS DE NOTRE SERVICE.

VACCINATION | VAKSINOU :

Pour inscrire et faire entrer votre enfant en collectivité vous êtes tenus de **justifier d'un carnet de santé à jour**.

La vaccination étant obligatoire, une vérification minutieuse est effectuée lors de son inscription.

| VACCINS | date |
|---------------------------|------|
| Diphtérie (D) Ou DT polio | |
| Tétanos (T) Ou Tétracoq | |
| Poliomyélite (P) | |

Toutefois, toutes les autres vaccinations du calendrier vaccinal sont recommandées pour protéger les enfants des maladies infectieuses évitables par la vaccination

Joindre une copie des pages de vaccination du carnet de santé ou un document signé par un professionnel de santé autorisé à pratiquer les vaccinations et attestant de la réalisation des vaccinations obligatoires en fonction de l'âge de votre enfant.

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

Le jeune 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 |
| Rougeole | <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 |
| Oreillons | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT | TITOUROU MEZEGEL DIWAR-BENN AR BUGEL :

- L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui ☐ non ☐ si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice) Merci de nous signaler tout traitement suivi par l'enfant
- L'enfant souffre-t-il d'**allergies** ? Asthme ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuses ☐ Autres ☐ (maquillage, crème,) si oui préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (certificat médical demandé) :
.....
- Indiquez ci-après **les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :
.....
- Recommandations utiles des parents, votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc :
- Votre enfant est-il en **situation de handicap** ? oui ☐ non ☐ Si oui, préciser
Si oui, a-t-il une notification MDPH ? oui ☐ non ☐

Je soussigné(e), responsable légal du jeune....., 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.

Date :

Signatures des parents