

A compléter par le CSF :

☐ Saisie Noé

☐ Cotisation réglée

DOCUMENTS OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION

☐ Fiche d'adhésion

☐ Copie vaccins

☐ Attestation de quotient familial
CAF

☐ Assurance scolaire et extrascolaire

LE JEUNE

Nom :	Prénom :	Sexe :
Date de naissance :	Lieu de naissance :	☐ F
Adresse :		☐ H
E-mail :	N° de portable :	
Numéro CAF :		
Quotient familial :		

RESPONSABLE LEGAL

Nom :	Prénom :
Lien de parenté :	
Née le :	
Adresse :	
Téléphone portable :	Téléphone fixe :
Mail :	
Profession :	Employeur :

AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE*

1	Nom :	Prénom :
	Téléphone :	Lien de parenté :
	Adresse :	
2	Nom :	Prénom :
	Téléphone :	Lien de parenté :
	Adresse :	
3	Nom :	Prénom :
	Téléphone :	Lien de parenté :
	Adresse :	

*Autre que le responsable légal

AUTORISATIONS

➔ Le jeune est-il autorisé à quitter seul notre structure ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, personne autorisée à venir chercher le jeune :

Nom :	Prénom :
N° de téléphone :	

➔ Le jeune est-il autorisé à être transporté par un tiers (animateur ou parent) dans le cadre des activités et des séjours de l'espace jeunes ? ☐ Oui ☐ Non

➔ Autorise le Centre Social et Familiale Victor Hugo à photographier, filmer et enregistrer l'image de mon enfant dans le cadre des activités et des séjours de l'espace jeunes ? ☐ Oui ☐ Non

➔ Autorise le CSF à se connecter à l'espace CAF Pro afin d'obtenir le quotient familial actualisé ☐ Oui ☐ Non

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

VACCINATIONS

Obligatoire	Dates des derniers rappels	Recommandés	Dates
☐ Diphtérie		☐ Hépatite B	
☐ Tétanos		☐ Rubéole – Oreillons – Rougeole	
☐ Poliomyélite		☐ Coqueluche	

☐ Ou DT Polio	☐ BCG
--------------------------------------	------------------------------

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

L'enfant suit-il un traitement médical ?	L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?					
☐ Oui ☐ Non	Rubéole	☐ Oui	☐ Non	Coqueluche	☐ Oui	☐ Non
Si Oui, joindre obligatoirement une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament avec le nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance	Varicelle	☐ Oui	☐ Non	Otites	☐ Oui	☐ Non
	Angines	☐ Oui	☐ Non	Asthme	☐ Oui	☐ Non
	Rhumatisme	☐ Oui	☐ Non	Rougeole	☐ Oui	☐ Non
	Scarlatine	☐ Oui	☐ Non	Oreillons	☐ Oui	☐ Non

LES ALLERGIES					
Poussières	☐ Oui	☐ Non	Médicamenteuses	☐ Oui	☐ Non
Alimentaire	☐ Oui	☐ Non	Poils et Plumes	☐ Oui	☐ Non
Autres :					
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir. (En cas d'automédication merci de la signaler et de joindre une autorisation écrite ainsi qu'une ordonnance :					

LES DIFFICULTES DE SANTE DE L'ENFANT					
Situation d'handicap	☐ Oui	☐ Non	Si oui, de quel handicap s'agit-il ? :		
Ce handicap est-il reconnu par la MDPH ?	☐ Oui	☐ Non			
Votre enfant possède-t-il un PAJ (Projet d'Accueil Individualisé) ? ☐ Oui ☐ Non					
☐ Si oui, merci de nous fournir une copie.					

Précisez si l'enfant a connu des difficultés de santé (maladie, accident, etc) en précisant les dates et les précautions à prendre :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS					
L'enfant porte-t-il des lunettes ?	☐ Oui	☐ Non	Autres :		
L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ?	☐ Oui	☐ Non			
L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ?	☐ Oui	☐ Non			

MEDECIN TRAITANT	
Nom – Prénom :	
Adresse :	
☐ Généraliste	☐ Pédiatre
N° de téléphone :	

- ☐ J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et d'en accepter toutes les conditions.
- ☐ Je déclare l'exactitude de tous les renseignements fournis ci-dessus.

Signature :

Le _____ à _____