



Fiche d'inscription aux activités

Enfant :

NOM : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Ecole fréquentée : Classe :

Animations	Dates	Tarifs		Nombre de personnes	Total
		Adhérent	Non adhérent		

Fiche de renseignements

Parents :

NOM et prénom du père (ou tuteur) :

Adresse :

N°Téléphone:N°Portable :

Email :Profession :

Nom & adresse de l'employeur du père :

.....N°Tél. Professionnel :

Catégorie socioprofessionnelle N°.....

(À compléter en fonction de la classification suivante : 1=agriculteur, exploitant/ 2 =artisan, commerçant/ 3=cadre, profession intermédiaire supérieure / 4=profession intermédiaire / 5=employé / 6=ouvrier / 7=au chômage / 8=au foyer)

NOM et prénom de la mère (ou tutrice) :

Adresse :

N°Téléphone:N°Portable :

Email :Profession :

Nom & adresse de l'employeur de la mère :

.....N°Tél. Professionnel :

Catégorie socioprofessionnelle N°.....

(À compléter en fonction de la classification suivante : 1=agriculteur, exploitant/ 2 =artisan, commerçant/ 3=cadre, profession intermédiaire supérieure / 4=profession intermédiaire / 5=employé / 6=ouvrier / 7=au chômage / 8=au foyer)

Nom & N° de l'Assurance Responsabilité Civile ou Extr a Scolaire :

.....

J'autorise que mon enfant soit filmé et photographié dans le cadre des animations proposées par le Réseau Animation Jeunes, association intercommunale de la Communauté de Communes de la Région de Saverne. Oui

Non

Ces images pourront être utilisées lors des expositions, tracts ou réunions organisés par le RAJ et diffusées sur le site internet RAJ.

N° d'allocataire CAF ou MSA:.....

MENTION OBLIGATOIRE

Fiche de liaison

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rub. Oreil. Roug.	
Poliomyélite				Coqueluche	
DT polio				Autres à préciser	
Tétracoq					
BCG					

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

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

► L'enfant suit-il un traitement médical pendant le centre de loisirs / séjour? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

► L'enfant a-t-il une allergie (asthme, alimentaire, médicamenteuse) ? Oui Non

Si oui, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

► Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

► L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

Précisez.....

► Responsable de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. Portable :

► En cas d'urgence, prévenir :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. Portable :

► **Médecin traitant :** N° Tel :

Adresse :

► Autorisation parentale :

Je soussigné(e)

Responsable de l'enfant déclare :

- exacts les renseignements portés sur cette fiche
- autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- autorise mon enfant à participer aux activités, animations, sorties ou séjour organisés par le RAJ.

Date :

Signature :

Document à remettre ou à envoyer au:

Association Réseau Animation Jeunes (RAJ)
Cour de la Mairie 67700 MONSWILLER – tél. 03 88 71 86 23
www.reseau-animation-jeunes.org