

Prénom :

Nom :



Livret d'inscription

- CLAC

- ESPACE ADOS

JEUNE : NOM.....Prénom..... Date de naissance...../...../.....

Sexe Garçon Fille Transport scolaire oui non

Adresse Lieu de naissance.....

Code Postal Ville.....

N° de téléphone portable du jeune : Email du jeune :

Situation familiale des parents : Mariés Concubinage Pacsé(es) Veuf/Veuve Célibataire Séparés

En cas de séparation ou absence d'autorité parentale : **Fournir IMPERATIVEMENT la copie du jugement**

Jugement : oui non

PARENT 1

Autorité Parentale oui non

NOM.....

Prénom.....

Adresse

Code Postal.....Ville.....

Tel domicile.....

Tel mobile.....

Tel pro.....

Email.....

Profession.....

PARENT 2

Autorité Parentale oui non

NOM.....

Prénom.....

Adresse.....

Code Postal.....Ville.....

Tel domicile.....

Tel mobile.....

Tel pro.....

Email.....

Profession.....

Famille d'accueil : oui non ASE Département

1^{ère} Personne à contacter en cas d'urgence :

NOM.....Prénom..... Tel.....

Email.....

Adresse

Code Postal.....Ville.....

Adresse de facturation si différente

Possibilité de payer vos factures en ligne sur le site www.cptm.fr rubrique VIVRE - Paiement en ligne

NOM.....

Prénom.....

RÉGIME CAF MSA Autre.....

Autorisation CAF PRO N° allocataire.....

(sans ce N° allocataire, le tarif le plus élevé sera appliqué)

PERSONNES AUTORISÉES à venir chercher le jeune

L'enfant ne sera pas confié à une autre personne sans autorisation écrite de son responsable.

Toute personne inconnue des responsables des services devra présenter une pièce d'identité.

*A contacter
en cas d'urgence*

(Fournir obligatoirement une autorisation parentale) Personne Mineure

NOM.....Prénom.....Tel.....Parenté..... oui non

NOM.....Prénom.....Tel.....Parenté..... oui non

NOM.....Prénom.....Tel.....Parenté..... oui non

NOM.....Prénom.....Tel.....Parenté..... oui non

Si besoin, ajouter les personnes supplémentaires sur une feuille libre

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DU JEUNE

NOM :	PRENOM :
--------------	-----------------

Le jeune bénéficie-t-il d'un PAI (projet d'accueil individualisé) ? Oui Non

Si oui, joindre obligatoirement une copie (ordonnance, fiche conduite à tenir...) et la trousse d'urgence avec le matériel nécessaire et les médicaments.

1- **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

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

Fournir une photocopie du carnet de santé

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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 marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MÉDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir** (Si automédication le signaler).

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales**

(Informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

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	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <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	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL :** **TEL PORTABLE**

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SÉCURITÉ SOCIALE (dont dépend l'enfant) (OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

POUR TOUTES MESURES RENDUES NÉCESSAIRES PAR L'ÉTAT DE L'ENFANT, LES RESPONSABLES LÉGAUX DU JEUNE SERONT PRÉVENUS EN AMONT PAR LES ENCADRANTS.

AUTORISATION PARENTALE

En cas d'accident ou de maladie, en fonction des soins nécessaires,
le responsable de l'établissement ou l'agent de la Communauté de Communes du Pays de Trie et du Magnoac,
fera appel aux POMPIERS (Tel : 18) et vous préviendra immédiatement.

Je soussigné(e) NOM.....Prénom.....

Déclare sur l'honneur exercer l'autorité parentale sur le mineur

NOM.....Prénom.....

Autorise, le cas échéant, le responsable de l'établissement et le personnel encadrant le jeune au moment de l'évènement, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant, y compris les services de secours (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicale), pour l'admission en établissement de soins et à faire sortir le jeune de l'hôpital après hospitalisation : oui non

Autorise mon enfant à quitter seul **les accueils**

SOIR	Heure de départ	MERCREDI	Heure de départ	VACANCES	Heure de départ
MARDI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	LUNDI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
JEUDI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			MARDI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
VENDREDI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			MERCREDI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				JEUDI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				VENDREDI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autorise, si nécessaire, mon enfant à quitter l'établissement encadré d'un animateur dans le cadre des activités d'accueils pendant la pause méridienne : oui non après 16h : oui non

Autorise à prendre des photos de mon enfant.....sur les temps d'animations et de vie quotidienne, qui seront publiées via les réseaux sociaux tels que Facebook, Instagram, TikTok..., le site internet de la Communauté de Communes du Pays de Trie et du Magnoac, la presse locale...

Autorise à prendre des photos de mon enfant.....sur les temps d'animations et de vie quotidienne, qui seront publiées **uniquement** sur le site internet de : (plusieurs choix possibles)
Communauté de Communes du Pays de Trie et du Magnoac la presse locale Facebook Instagram

N'autorise PAS à prendre des photos de mon enfant.....sur les temps d'animations et de vie quotidienne, qui seront publiées via les réseaux sociaux tels que Facebook, Instagram, TikTok..., le site internet de la Communauté de Communes du Pays de Trie et du Magnoac , la presse locale...

En signant cette fiche, vous déclarez avoir pris connaissance du règlement intérieur et attestez l'exactitude des informations transmises. AUCUN CHANGEMENT NE SERA PRIS EN COMPTE SANS PASSER AU BUREAU DE LA CCPTM

Date et Signature,