

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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
NOM.....	
Prénom.....	
Adresse .....	
Code Postal.....	Ville.....
Tel domicile.....	
Tel mobile.....	
Tel pro.....	
Email.....	
Profession.....	

PARENT 2	
Autorité Parentale	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
NOM.....	
Prénom.....	
Adresse.....	
Code Postal.....	Ville.....
Tel domicile.....	
Tel mobile.....	
Tel pro.....	
Email.....	
Profession.....	

Famille d'accueil :      oui  non       ASE Département .....

**1<sup>ère</sup> 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](http://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

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
--------------	-----------------

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	
<b>OU</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>OU</b> 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,**