



1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'espace jeunes? Oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....
.....
.....

Date et signature :



Fiche d'inscription ESPACE JEUNES 2022/2023

Nom du **jeune** : Prénom :
Adresse : Ville :
Date de Naissance : Sexe :
Portable : Mail :

• **Représentant Légal :**

Nom : Prénom :
Adresse : Ville :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Téléphone en cas d'urgence : Mail :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) , Monsieur , Madame ,

- Autorise mon enfant à participer aux activités organisées par l'espace-jeunes.
- Autorise mon enfant à voyager en car ,minibus et voitures particulières.
- Autorise la diffusion dans un cadre lié à la communication de l'espace jeunes (journaux, brochures, diaporama, expo ,site internet de la mairie ,réseaux sociaux de l'espace jeunes) de l'image photo et/ou vidéo de mon enfant.
- Autorise mon enfant à entrer/sortir librement pendant les ouvertures de l'espace jeunes.
- Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités et des sorties.
- Autorise le responsable de l'espace jeunes à prendre toutes les mesures d'urgence qui s'avèreraient nécessaires sur avis médical y compris un transfert en milieu hospitalier.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Service Scolaire et Périscolaire de la Mairie de Saint Dolay afin de gérer les inscriptions, les autorisations en vue de la participation de l'enfant à l' Accueil de Loisirs Vacances organisé par le Service Animation, l'engagement à respecter le règlement intérieur, atteste que la personne a bien pris connaissance du règlement financier et contrat de prélèvement automatique, cela permet également l'optimisation du service apporté ainsi que le suivi statistique nécessaire au pilotage des activités de la Mairie de Saint Dolay. La base légale du traitement est une mission de service public. Les données marquées par un astérisque dans le questionnaire doivent obligatoirement être fournies. Dans le cas contraire, votre demande ne pourra pas être traitée. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Service Scolaire et Périscolaire de la Mairie de Saint Dolay. Elles seront conservées pour une durée de 5 ans. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter : dpd@cdg56.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Fait le

A

SIGNATURE

Précédée de la mention « lu et approuvé »