



Direction Enfance Jeunesse Service Jeunesse

« Maisons des Jeunes » Inscription 2018/2019

Liste des pièces à fournir pour toute inscription, si vous souhaitez inscrire plusieurs enfants il faut remplir un dossier par enfant :

- Fiche d'inscription complétée,
- Fiche sanitaire complétée,
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale,
- Photocopie de l'assurance extra-scolaire et responsabilité civile,
- 20 euros en chèque à l'ordre du Trésor public ou en espèces pour le Pass' Culture Villeneuvois.

Pour d'éventuels renseignements, vous êtes invités à venir à la Maison des Jeunes ou nous contacter directement :

- MDJ Fontanelles : 05 53 70 02 66 - 06 33 11 91 34
- Service Jeunesse : 05 53 36 17 45

Horaires d'ouverture

Périodes scolaires :

« Les Fontanelles »

Lundi, mardi, jeudi et vendredi de 17h00 à 19h00
Mercredi de 14h00 à 18h30

Vacances scolaires :

« Les Fontanelles »

Lundi au vendredi de 13h00 à 19h00
Des sorties à la journée sont mises en place (voir planning des vacances)

Direction Enfance Jeunesse
Service Jeunesse
« Maisons des Jeunes »
FICHE D'INSCRIPTION 2018/2019

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance : / /

Établissement scolaire fréquenté :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal de l'enfant :

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

Tél. du domicile : / / / /

Tél. Portable : / / / /

Tél. en cas d'urgence : / / / /

N° de sécurité sociale :

N° d'allocataire CAF ou autres (MSA...) :

- L'enfant est-il autorisé à fréquenter la piscine ? Oui Non
- L'enfant peut-il pratiquer toutes les activités sportives ? Oui Non
- L'enfant peut-il pratiquer toutes les activités nautiques ? Oui Non

- L'enfant peut-il rentrer seul chez lui avant la fermeture ? Oui Non
- L'enfant peut-il rentrer seul chez lui après la fermeture ? Oui Non

- J'autorise mon enfant à être transporté par les animateurs de la MDJ
(véhicules municipaux, minibus de location ou transporteur indépendant) Oui Non

- J'autorise la parution des photos de mon enfant, dans la presse locale,
sur le site internet et le bulletin municipal de Villeneuve-sur-Lot Oui Non

Dans le cas où les responsables de l'enfant ne peuvent pas être joints, merci de nous communiquer les coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre l'enfant en charge.

Noms, prénoms et Qualité (Oncle, Voisin...) :

N° de téléphone :

..... / / / /
..... / / / /

Date et signature du responsable légal :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le 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 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 AIGÛ 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 À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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