

Association Vivre Jeune à Jausiers  
04.92.84.69.24 / 07.68.500.777  
mdj.jausiers@gmail.com  
facebook.com/mdj.jausiers  
255 av. des mexicains  
04850 Jausiers

Services périscolaires  
cantine, tap et soirs

NOM et PRENOM (de l'enfant) :

.....

Date et lieu de naissance :

.....

Classe rentrée 2016/2017 .....

Garçon

Fille

**Personne(s) responsable(s)**

NOM et Prénom : ..... Profession : .....

Adresse : .....

Tél. maison : ..... Tél. travail/portable : .....

Numéro sécurité sociale ..... Numéro allocataire CAF.....

Courriel : .....

NOM et Prénom : ..... Profession : .....

Adresse : .....

Tél. maison : ..... Tél. travail/portable : .....

Numéro sécurité sociale ..... Numéro allocataire CAF.....

Courriel : .....

Assurance : ..... Numéro sociétaire .....

Mutuelle .....

**Autres personne(s) autorisé(es)** à récupérer l'enfant et à contacter en cas d'urgence si absence des personnes responsables :

NOM Prénom : ..... téléphones .....

NOM Prénom : ..... téléphones .....

**Autorisation de sortie**, pour le périscolaire du soir et uniquement pour les élèves scolarisés en élémentaire :

Je soussigné(e), ....., responsable légal, autorise mon enfant ....., à quitter seul(e), l'accueil périscolaire du soir à partir de ...h ....

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant :

- déclare exact les renseignements portés sur cette fiche recto-verso et m'engage à signaler tout changement.
- Autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Déclare posséder une assurance responsabilité civile pour l'enfant ci-dessus désigné.

Veillez précéder votre signature de la mention « Lu et approuvé »

A ..... Le ...../...../.....

Signature(s) :

## Renseignements médicaux

*Vaccinations (remplir le tableau ou joindre la copie du carnet de santé)*

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- oreillons – rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				autres	
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

**L'enfant suit-il un traitement ?** oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine marqué 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	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeoles	Oreillons
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non

**Allergies ?**

Asthme	Alimentaires	Médicamenteuses	Autres
Oui	Oui	Oui	Oui
Non	Non	Non	Non

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :**

.....

.....

.....

.....

**Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :**

.....

.....

.....

.....

**Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires etc....) :**

.....

.....

.....

.....