

# FICHE D'INSCRIPTION 2022

## CAJ NIEVRE ET SOMME 13 - 18 ans

### Renseignements sur le jeune :

NOM .....Prénom.....

Date de naissance : ..... Etablissement fréquenté : .....

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ? OUI  NON

### Périodes d'inscription **2022** :

Pour une organisation optimale merci de nous indiquer les semaines de fréquentation prévues pour votre enfant

#### PRINTEMPS :

- Du 11 au 15 avril
- Du 19 au 22 avril

#### ETE :

- Le 08 juillet
- Du 11 au 15 juillet
- Du 18 au 22 juillet
- Du 25 au 29 juillet

#### TOUSSAINT :

- Du 24 au 28 octobre

#### ADRESSE :

N° de sécurité sociale : ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

CAF  MSA  EDF  AUTRES (précisez)  .....

Bénéficiez-vous des bons loisirs CAF ?  Oui  Non

Bénéficiez-vous des bons MSA ?  Oui  Non

N° allocataire (Obligatoire) : .....

Numéro de tél de la personne à prévenir en priorité en cas

d'urgence : .....

**Renseignements sur les parents**

En cas de parents divorcés merci de nous indiquer l'adresse que nous devons utiliser pour les courriers.

**Mère :**

NOM : .....Prénom : .....

..... Adresse : .....

..... Téléphones : .....

Domicile.....Portable.....

Adresse e-mail : .....

.....@.....

Situation familiale : célibataire  mariée  pacsé  divorcée  concubinage

**Père :**

NOM : .....Prénom : .....

..... Adresse : .....

.....

Téléphones : Domicile.....Portable.....

Adresse e-mail : .....

.....@.....

Situation familiale : célibataire  marié  pacsé  divorcé  concubinage

**Personnes à prévenir en cas d'urgence**  
(Si les responsables ne peuvent pas joindre les parents)

NOM : .....Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphones : Domicile.....Portable.....

NOM : .....Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphones : Domicile.....Portable.....

**Personnes autorisées à venir chercher le jeune**

NOM : .....Prénom : .....

Lien avec la famille : .....

Téléphones : Domicile.....Portable.....

NOM : .....Prénom : .....

Lien avec la famille : .....

Téléphones : Domicile.....Portable.....

## AUTORISATIONS

**J'autorise / je n'autorise pas** mon enfant à participer aux activités et aux sorties proposées par le CAJ Nièvre Somme.

**J'autorise / je n'autorise pas**, la prise de photos et de vidéos dans le cadre des activités du CAJ. Ces dernières peuvent uniquement être exploitées dans les différents supports de communication de la communauté de communes (article de presse, journal local, site internet, exposition...)

**J'autorise / je n'autorise pas** mon enfant à rentrer seul à la maison.

## ENGAGEMENT DU REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, reconnais avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du CAJ ouest Amiens et m'engage à le respecter.

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## CAJ NIEVRE ET SOMME

Pour le bon déroulement du séjour, des informations médicales propres à chaque enfant doivent être portées à la connaissance de l'équipe d'encadrement.

### I. Enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : garçon  fille

Sait-il nager ? oui  non

Nom et coordonnées du médecin traitant :

RAPPEL : un certificat médical d'aptitude à la pratique des activités physiques et sportives est exigé.

**II. Vaccinations :** (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

| VACCINS        | Dates du dernier rappel |
|----------------|-------------------------|
| Hépatite B     |                         |
| Polio          |                         |
| Diphtérie      |                         |
| Tétanos        |                         |
| Coqueluche     |                         |
| Hémophilus B   |                         |
| Rougeole       |                         |
| Oreillon       |                         |
| Rubéole        |                         |
| BCG            |                         |
| Autres vaccins |                         |

### III. Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes ?

|            |                              |                              |           |                              |                              |
|------------|------------------------------|------------------------------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| Rubéole    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Allergies | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Varicelle  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Asthme    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Angines    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Otites    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Rougeole  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oreillons | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Indiquez ici les autres difficultés de santé : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

---

---

---

#### IV- Recommandations des parents :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ?      Non     Oui

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, vous devez impérativement fournir les médicaments et impérativement joindre l'ordonnance qui devra être explicite. Celui-ci sera administré par le responsable sanitaire du centre.

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin. J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris l'hospitalisation d'urgence.

**J'attire votre attention sur l'importance de disposer des renseignements exacts et complets pour le meilleur service, accueil et suivi auprès de votre enfant.**

Date

Signature du responsable légal  
(Précédée de la mention lu et approuvé)