

INSCRIPTION PLANÈTE ADOS

Du 1er Septembre 2018 au 31 Août 2019

QUOTIENT FAMILIAL : _____ TARIF : _____ TARIF DU POINT : _____

JEUNE

Nom / Prénom : _____
 Portable : _____ Mail : _____
 Adresse : _____ C.P. : _____ Ville : _____
 Date de naissance : _____ Age : _____ Sexe : Féminin / Masculin
 Année Scolaire 2018-2019 _____ Ecole : _____ Classe : _____
 Accompagnement à la Scolarité / Activité du Soir / Activité Mercredis / Sport Jeudis / Activité Vacances

RESPONSABLE

Père / Mère / Tuteur légal (*Barrez la mention inutile*)

Nom / Prénom : _____ Mail : _____
 Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____
 Profession : _____ Employeur : _____
 Téléphones : Domicile : _____ / Portable : _____ / Travail : _____

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE

Noms :	Prénoms :	Lien de parenté :	Téléphone :
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

- Caisse d'allocations familiales : Oui Non
 Si oui, nom et prénom de l'allocataire : _____
 Numéro : _____ Caisse : _____
 ➤ Numéro de Sécurité Sociale : _____ Caisse : _____
 ➤ Mutuelle : Nom : _____ Numéro : _____ Adresse : _____
 ➤ Bénéficiez-vous d'une aide ? Oui Non Si oui, laquelle : _____
 ➤ Autorise la prise et diffusion photographique : Prise : Diffusion : N'autorise pas :
 J'autorise mon enfant à **s'absenter du Ludo's pendant l'accueil ou l'activité** en cours oui Non
 J'autorise mon enfant à **quitter le Ludo's avant la fin de l'accueil ou l'activité** en cours oui Non
 J'autorise mon enfant à **quitter seul le Ludo's à la fin de l'accueil ou l'activité** en cours oui Non
Attention : si vous autorisez vos enfants à sortir des locaux, ils ne seront plus sous la responsabilité de Planète Ados.

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) : _____, autorise mon fils / ma fille : _____,

- A participer à l'accompagnement scolaire / aux activités du soir / aux activités du mercredi / au sport du jeudi / aux activités et sorties des vacances
 ➤ A pratiquer les activités sportives (baignade, foot etc...) et à être transporter par les animateurs dans les véhicules mis en place par la structure (bus / minibus / voitures).
Je m'engage et certifie :
 ➤ Avoir pris connaissance des conditions générales de paiement et de fonctionnement de l'accueil périscolaire jeunesse de l'Espace Solidarité Famille.
 ➤ A être présent lors de l'inscription de mon enfant en début d'année et pour les inscriptions des vacances.
 ➤ A ce que mon enfant soit présent aux dates et heures convenues lors des sorties extérieures quand il est inscrit.
 ➤ Annuler une sortie payante deux jours ouvrés avant la sortie et à régler toutes activités ou sorties payantes. (sauf attestation médicale)
 ➤ Autoriser l'équipe de Direction et d'Animation de Planète Ados à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'intervention médicale urgente, y compris l'admission et la sortie de l'hôpital de l'enfant.
 ➤ L'exactitude les renseignements portés sur la fiche d'inscription.

Fait à Avallon, le _____,

Signature du Responsable et du Jeune,
Précédée de la mention « lu et approuvé » :



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTE.

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

Table with 4 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDES, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Polioméylite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, BCG, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, COQUELUCHE, ALLERGIES, ASTHME, ALIMENTAIRES, ANGINE, ROUGEOLE, OREILLONS, RHMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, MEDICAMENTEUSES, AUTRES.

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

Blank lines for recording health difficulties, dates, and precautions.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

Blank lines for parental recommendations.

5. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SEJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

NOM ET TEL. DU MEDECIN 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____