



Fiche d'inscription

Quartier Libre 2017/2018

Commune :

Coordonnées du jeune

Nom :

Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance :

Portable :

Mail :

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

Situation

Scolaire Étudiant Apprenti Salarié Demandeur d'emploi Autre :
.....

Établissement scolaire / universitaire fréquenté :
.....

Inscription

1^{ère} Inscription : OUI NON Si non, je viens à l'espace jeunesse depuis :
.....

Je suis également inscrit dans un EPN : OUI NON

LIGNE RESERVEE A L'ADMINISTRATION : cotisation (5€ / famille) à jour : OUI NON

Coordonnées des parents (si mineur)

Nom			
Prénom			
Tel. Domicile / Travail			
Tél. Portable			
Mail			
N° allocataire CAF (obligatoire)		N° sécurité sociale MSA (si concerné)	

Autorisations pour les jeunes mineurs

> SORTIE :

J'autorise mon enfant à partir seul à l'issue de l'activité OUI NON

si non, j'autorise

Mme/ Mr....., ou Mme/ Mr....., ou Mme/ Mr.....

à venir le chercher.

J'autorise les animateurs de l'AIDAL à véhiculer mon enfant dans le cadre des activités. OUI NON

> DROIT A L'IMAGE :

J'autorise l'association AIDAL à diffuser l'image de mon enfant (photo, vidéo) sur ses différents supports de communication (presse, plaquettes, blog...). OUI NON

NB : Une autorisation spécifique pourra vous être demandée lors de l'organisation de certaines activités.

Contact

AIDAL, 26 Grand' Rue 49800 ANDARD

☎ 02 41 68 15 72



secretariat@aidal.fr

www.aidal.fr

Les parents ou le jeune majeur ont pris connaissance du projet pédagogique de l'AIDAL et acceptent le fonctionnement des EJ.

Fait le..... à.....

Signature

FICHE SANITAIRE

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Informations médicales

OUI NON L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI NON L'enfant est-il allergique ? Aliments Médicaments Asthme

Autres :

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

.....

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

.....

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires... ? Précisez :

.....

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

Fait le..... à.....

Signature