

Autorisation de diffusion d'images :

- Autorise N'autorise pas

La ville de Cagnes-sur-Mer à utiliser les clichés photographiques, réalisés par ses services, mettant en scène mon enfant.

Cette autorisation porte sur l'ensemble des documents édités, sur tous types de supports de reproduction et m'engage à ne réclamer aucun droit de reproduction.

Attestation sur l'honneur :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche :

- *Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par le Service jeunesse.*
- *Certifie que mon enfant est à jour de ses vaccinations et autorise l'équipe de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*
- *Valide le fonctionnement de la structure et les conditions générales d'inscription et d'annulation remis lors de l'inscription.*

Le

Signature du représentant légal :

Conformément aux recommandations de la CNIL, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données qui vous concernent auprès de ce service : Mairie de Cagnes-sur-Mer Service Jeunesse - Place de l'Hôtel de Ville - 06800 Cagnes-sur-Mer ou par email : jeunesse@cagnes.fr

Nom : Prénom : C/EXT



SERVICE JEUNESSE

- Planète Jeunes**
 Espace Info Jeunes
 Centre Loisirs Jeunesse

Photo
obligatoire

Renseignements concernant l'adhérent :

Nom :Prénom :Age :
Date de naissance :
Etablissement scolaire :
Tél. jeune :Mail :

Renseignements concernant les parents (ou ayant charge) :

Nom :Prénom :
Adresse :Ville :
Tél. Domicile :Tél. portable :
Tél travail Père :Tél travail Mère :
E-mail :
Régimes : CAF MSA Autres (Monaco...)

Pièces à fournir lors de l'adhésion :

- Assurance extra-scolaire
 Justificatif de domicile
 Photocopie des vaccins



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
Diphtérie				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 :

.....

Recommandations utiles des parents :

votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes,
 des prothèses auditives, des prothèses dentaires... précisez :

.....

Nom et Téléphone du médecin traitant (Facultatif)

.....

