

**Accueil de Jeunes 2016-2017**

**ENFANT**

Nom et Prénom : .....  
Né(e) le: .....  
Adresse: .....  
Ville: .....

**N° D'ALLOCATAIRE**

.....

**RESPONSABLE LEGAL**

PERE

Nom.....  
Prénom.....  
Adresse (si différente de l'enfant):  
.....  
Ville: .....  
Tel: .....  
Email: .....

MERE

Nom.....  
Prénom.....  
Adresse (si différente de l'enfant):  
.....  
Ville: .....  
Tel: .....  
Email: .....

Autre personne à prévenir en cas d'urgence: ..... Tel: .....

**OBSERVATIONS:**

Accueil de Jeunes  MERCREDI  TOUSSAINT  FEVRIER  AVRIL  JUILL.  AOUT  AUTRE

**DECHARGES ET AUTORISATIONS:**

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant inscrit ci-dessus:

- avoir pris connaissance, signer le règlement intérieur de l'Accueil de Jeunes et en accepte les conditions.
- dégage l'association de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (bijoux, cartes, jouets...)
- autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'Accueil de Jeunes (terrain de sport, gymnase, supermarché ...)
- autorise la direction de la M.P.T à faire soigner notre enfant et à lui faire pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires.
- s'engage à rembourser en retour les dépenses médicales que la M.P.T. peut être amenée à régler.
- s'engage à fournir les documents demandé par l'Accueil de Jeunes (certificats médicaux, photocopie vaccination, ...)
- autorise notre enfant a être photographié et filmé, sans but lucratif, dans le cadre de l'Accueil de Jeunes.
- s'engage à ne pas apporter d'objets dangereux ou produits illicites (alcool ...)

**FICHE SANITAIRE:**

Médecin traitant:.....

N° tel: .....

- VACCINS:** Merci de fournir la photocopie du carnet de vaccination de votre enfant.  
Si les vaccins ne sont pas à jour, merci de fournir un certificat de non-contrindication.
- TRAITEMENT:** si votre enfant prend un traitement médical merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
- ALLERGIES:** Votre enfant a-t-il des allergies (médicamenteuse, alimentaire asthme... ).....  
.....  
.....
- PRECISER LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'ALLERGIE:** .....  
.....  
.....
- DIFFICULTES DE SANTE ET RECOMMANDATIONS** (lunettes, prothèse dentaire, crises convulsives, handicap.... )  
.....  
.....
- déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil de Jeunes à prendre, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

à:

Signature :

<b>PAGE RESERVEE A L'ADMINISTRATION - NE PAS REMPLIR MERCI</b>						AGE	COMMUNE			
<b>TARIFS</b>										
ADHESION: .....PAYEE LE: .....										
Accueil de Jeunes: <input type="checkbox"/> MERCREDI <input type="checkbox"/> TOUSSAINT <input type="checkbox"/> FEVRIER <input type="checkbox"/> AVRIL <input type="checkbox"/> JUILL. <input type="checkbox"/> AOUT										
<input type="checkbox"/> <b>MERCREDI</b> (mettre la date dans chaque colonne selon le mois)										
Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	
<input type="checkbox"/> <b>TOUSSAINT (23/10 au 03/11)</b>			LU	LU	<b>OBSERVATIONS et REMBOURSEMENTS:</b>					
Nombre de jours: ..... aides: .....			MA	MA						
			ME	ME						
			JE	JE						
			VE	VE						
<input type="checkbox"/> <b>FEVRIER (13/02 au 24/03/13)</b>			LU	LU						
Nombre de jours: ..... aides: .....			MA	MA						
			ME	ME						
			JE	JE						
			VE	VE						
<input type="checkbox"/> <b>AVRIL (10/04 au 21/04/13)</b>			LU	LU						
Nombre de jours: ..... aides: .....			MA	MA						
			ME	ME						
			JE	JE						
			VE	VE						
<input type="checkbox"/> <b>JUILLET (08/07 au 06/08/13)</b>			LU	LU	<b>SORTIES</b> (payantes)			Règlement ESP.      CHQ		
Nombre de jours: ..... aides: .....			MA	MA	Dates	Lieu				
			ME	ME						
			JE	JE						
			VE	VE						
			LU	LU						
			MA	MA						
			ME	ME						
			JE	JE						
			VE	VE						
<input type="checkbox"/> <b>AOUT (07/08 au 03/08/13)</b>			LU	LU						
Nombre de jours: ..... aides: .....			MA	MA						
			ME	ME						
			JE	JE						
			VE	VE						
			LU	LU						
			MA	MA						
			ME	ME						
			JE	JE						
			VE	VE						
<b>CAMPS:</b> Intitulé: .....				<b>OBSERVATIONS et REMBOURSEMENTS:</b>						
Tarif: .....€		CHQ	ESP							
Aides: .....										