

CULTURE LOISIRS JEUNES

2018-2019



N°

Date

Nom :

Prénom :

Né (e) le : ___/___/___

Courriel :

PÈRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Profession :

Tél. domicile :

Tél. travail :

Tél. portable :

Courriel :

MÈRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Profession :

Tél. domicile :

Tél. travail :

Tél. portable :

Courriel :

En l'absence des parents prévenir en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville : Tél. :

Autorisation parentale

J'autorise les responsables du séjour à prendre, en tous lieux et à toutes heures, toutes mesures (hospitalisations, interventions chirurgicales, traitements médicaux, y compris une anesthésie, ...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

J'affirme avoir pris connaissance du fonctionnement des activités prévues dans le cadre de la carte « CLJ » et autorise mon enfant à y participer. Je déclare avoir pris connaissance du fait que je dois souscrire une assurance responsabilité civile ou une assurance extra-scolaire étendue à la garantie individuelle de l'enfant. Attention - les bris accidentels des effets personnels des jeunes ne sont pas couverts par l'assurance de la Ville. J'autorise la Ville de Ploufragan, dans le cadre de sa communication, à publier l'image de mon enfant pour des documents à but non lucratif. J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités.

Je soussigné(e) M., Mme

responsable légal de l'enfant

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

À le Signature



VILLE DE
Ploufragan

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

A remplir obligatoirement

Votre enfant suit-il un traitement ? oui non

Si oui lequel ?

L'enfant a-t-il des difficultés de santé ? (maladie, accidents, allergies) ? oui non

Si oui, préciser les précautions à prendre :

.....
.....

VACCINATIONS :

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

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates de rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie			Hépatite B
Tétanos			Rubéole, oreillons, rougeole
Poliomyélite			Coqueluche
ou DT Polio			BCG
ou Tétracoq			Autres (préciser)

Médecin traitant :

N° de Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) : (obligatoire)

Nom de l'assurance et numéro du contrat (individuel accident et responsabilité civile) :
..... (obligatoire)

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur

Certifie que

- ne présente aucune affection contre-indiquant les séjours en collectivité.
- est apte à la pratique des activités physiques et sportives proposées dans le cadre du service Jeunesse-éducation.

À le *Cachet et signature du Médecin*

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE

Toussaint

Noël

Hiver

Printemps

Réglé par : Chèque Espèces Autre