

## INSCRIPTION JEUNE 11/17 ANS

### Saison 2022-2023

<b>NOM et PRENOM de l'enfant :</b>	
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> Adhésion à l'ESCPP :      date :
Adresse :	
Courriel :	Tél. fixe :
	Tél. portable :

<b>Responsables légaux : Nom Père :</b>		<b>Prénom :</b>
<b>Nom mère :</b>		<b>Prénom :</b>
Profession père :	Profession mère	
Coordonnées de l'employeur :	Coordonnées de l'employeur :	
TEL :	TEL :	
<b>J'autorise mon enfant à prendre tous les transports mis à disposition par L'ESCPP.</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>J'autorise l'ESCPP à diffuser des images ou vidéos de mon enfant (Dauphiné libéré, réseaux sociaux, plaquettes, rapport d'activités)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>

<b>En dehors du responsable légal, personne à prévenir ultérieurement en cas de problème :</b>	
Nom et prénom :	Tél.
Lien avec l'enfant :	

<b>Autorisez-vous votre enfant à quitter seul(e) l'accueil de loisirs :</b>	
<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>

<b>Personne susceptible de récupérer l'enfant :</b>	
Nom et prénom :	Tél.
Lien avec l'enfant :	

Fait à Montalieu Vercieu,  
Le :

Je, soussigné(e), déclare avoir pris connaissance du projet éducatif et du règlement intérieur qui ont été mis à ma disposition ce jour.

**Signature du responsable légal**



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MEDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....  
 TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
 TEL PORTABLE : .....  
 Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....  
 TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
 TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....