

FICHE D'INSCRIPTION A L'ESPACE JEUNES MOSAIQUES

Renseignements sur votre enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Collège de Jassans : OUI NON

Téléphone Portable du jeune :

Email du jeune :

Partie remplie par le Centre Social

Votre Quotient familial :

Votre aide journalière :€

Aide VACAF :%

N° d'allocataire :

Droit à l'image

J'autorise le Centre Social Mosaïques à utiliser, dans le cadre de ses documents de communication et sur son site internet, toute image photographique ou vidéo sur laquelle pourrait figurer mon enfant. OUI NON

Les parents

Situation familiale : Marié Divorcé Autre.....

Nom, prénom et **adresse** de la (des) personne(s) ayant l'enfant à charge :

Père :

..... téléphone :

Email :

Mère :

..... téléphone :

Email :

Nom et adresse de l'employeur

Père : Téléphone travail père :

Adresse :

Mère : Téléphone travail mère :

Adresse :

Personnes autorisées à venir récupérer votre enfant

Nom : N° de tél : Qualité :

Nom : N° de tél : Qualité :

Nom : N° de tél : Qualité :

Nom : N° de tél : Qualité :

FICHE SANITAIRE DE VOTRE ENFANT

Vaccins Obligatoire	Oui	Non	Dates des Derniers Rappels	Vaccins Recommandés	Dates des Derniers Rappels
D.T.P.				Hépatite B	
BCG				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Coqueluche	
				Autres (préciser)	

N° de sécurité Social : Régime général MSA

Problèmes de santé et recommandations

.....

Régime Alimentaire

Sans Porc

Sans Viande

Allergies

Asthme

OUI NON

Médicamenteuse

OUI NON

Alimentaire

OUI NON

si oui précisez :

Autres

OUI NON

si oui précisez :

Coordonnées du médecin traitant

Nom : Téléphone :

Commune :

Aucun médicament ne pourra être délivré à l'enfant sans un double de l'ordonnance.

Personnes à contacter en cas d'urgence autre que les parents

Nom : N° de tél : Qualité :

Nom : N° de tél : Qualité :

Je soussigné, M. / Mme / Mlle.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, **toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant** et m'engage à rembourser à l'Association le montant des frais médicaux. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'établissement.

Fait à Jassans-Riottier,

Le.....

Signature :

