

Année

.....

**Espace jeunes**  
Commune de Quistinic  
Tél. : 02 97 08 62 70  
Portable : 07 56 43 21 22



## Fiche d'inscription

### Renseignements concernant l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....  
Date et lieu de naissance : ..... à : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Adresse mail : ..... Téléphone portable : .....  
Établissement scolaire : ..... École : .....

N° de sécurité sociale : .....

Relevez-vous :  CAF  MSA  Autre:

N° allocataire : ..... Quotient familial : (joindre justificatif) .....

J'autorise le service enfance jeunesse à accéder à mon quotient familial.

	Tuteur 1	Tuteur 2
Nom, Prénom		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Adresse mail		
Profession		
En cas d'urgence, téléphone travail		

### Liste des personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom, prénom	Numéro de téléphone

### Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ?  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		Varicelle		Angine		Oreillons		Scarlatine	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non								
Coqueluche		Otite		Rougeole		Rhumatisme articulaire aigu			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

**Allergies :**

**Asthme**  oui  non    **Alimentaires**  oui  non    **Médicamenteuses**  oui  non

**Autres**.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).

**Les difficultés de santé :**

Indiquez ci-dessous 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, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil. ... précisez.

**Médecin traitant :**

Nom : ..... Tél. ....

**Natation :**

Sait nager                       Se débrouille                       Ne sait pas nager

**Observations diverses :**

**Informations complémentaires :**

Je soussigné(e), ....., responsable légal de..... l'autorise à participer aux activités de l'espace jeunes de Quistinic, organisées par la commune.

J'autorise mon enfant à rentrer seul(e):  oui  non

J'autorise mon enfant à quitter la séance avant la fin :  oui  non

- Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident (pour non signalisation de contre indication médicale).
- J'autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
- Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et/ou pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.
- Je suis informé de l'intérêt de souscrire à une assurance complémentaire.
- Je m'engage à régler le montant de la cotisation annuelle (valable du 1er septembre au 31 août).
- J'autorise à diffuser la (les)photographie(s) de mon enfant, prise lors des activités.

**Cette autorisation est valable :**

- Pour l'édition de documents de nature pédagogique (journal interne et externe).
- Pour des expositions relatives à l'Espace Jeunes, aux séjours et sorties.
- Pour la publication sur le site internet de l'organisateur, et les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Tik Tok).
- Pour la publication d'articles de presse.

**Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment. La présente autorisation est incessible.**

**Fait à :** ..... **Le :**..... **Signature :**