OBSERVATIONS : Cadre réservé aux parents

Association **VITANIM'HAG** – Le Vieux Chemin – 50440 La Hague
02.33.52.92.49 – vitanimhag@orange.fr

Fiche d'inscription 2023-2024

Maison des Jeunes Beaumont Hague

Photo

NOM

PRENOM

LIEU DE NAISSANCE : Date :

SEXE : GARCON FILLE *(rayer la mention inutile)*

ADRESSE :

TELEPHONE DU JEUNE :

MAIL DU JEUNE :

AUTORISATIONS *(cocher les autorisations que vous validez)*

□ AUTORISATION A LA BAIGNADE

□ AUTORISATION DE FILMER ET PHOTOGRAPHER ET D'UTILISER CES PHOTOS A BUT DE COMMUNICATION

□ AUTORISATION A RENTRER SEUL(E)

□ AUTORISATION DE SORTIR DE LA MAISON DES JEUNES

□ AUTORISATION DE DEPLACEMENT EN VEHICULE DANS LE CADRE DES ACTIVITES DE LA MAISON DES JEUNES

□ AUTORISATION LORS DE SORTIE D'ETRE AVEC UN GROUPE DE JEUNES SANS ANIMATEUR (AUTONOMIE PARTIELLEMENT SURVEILLE)

□ AUTORISATION A PRATIQUER L'ENSEMBLE DES ACTIVITES PROPOSEES DANS LE CADRE DE LA MAISON DES JEUNES

Le jeune :

J'ai pris connaissance du règlement intérieur de la structure Maison des Jeunes et m'engage à le respecter et à le faire respecter.

Signature

Document obligatoire :	**Attestation d'assurance**
COTISATION Adhérent(e) :	**25€ pour l'année scolaire**
	20€ à partir du deuxième enfant

Association **VITANIM'HAG** – Le Vieux Chemin – 50440 La Hague
02.33.52.92.49 – vitanimhag@orange.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS *(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)*

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

ALLERGIES (Rayer les mentions inutiles)

Asthme : oui – non Médicamenteuses : oui – non Alimentaires : oui – non

Autres :

PAI : oui - non

(Joindre un certificat médical et un protocole) Validation par le directeur

ANTECEDANTS MEDICAUX

Rubéole : oui – non Varicelle : oui – non Angine : oui – non

Rhumatisme articulaire aigu : oui – non Scarlatine : oui – non Coqueluche : oui – non

Otite : oui – non Rougeole : oui – non Oreillons : oui - non

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS

MEDECIN TRAITANT

NOM : TELEPHONE :

ADRESSE :

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE :

Sans porc Sans bœuf Sans viande

Rayer les mentions inutiles

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (par ordre de priorité)

NOM – Prénom	Téléphone	Liens avec le jeune

RESPONSABLE LEGAL DU JEUNE : Père Mère Autre : précisez :

Nom Prénom :

Adresse

Téléphone : Pro : Fixe : Portable :

Mail : _____

RESPONSABLE LEGAL DU JEUNE : Père Mère Autre : précisez :

Nom Prénom :

Adresse

Téléphone : Pro : Fixe : Portable :

Mail : _____

Je soussigné(e) , certifie l'exactitude de l'ensemble des informations du dossier d'inscription et m'engage à prévenir en cas de modification.

En tant que responsable légal du jeune, je m'engage à respecter et faire respecter le règlement intérieur de la structure.

Signatures des responsables légaux