

PASS 2017-2018

Du 1er sept. 2017 au 31 août 2018

Club 10-12 ans

St-Brevin

Pôle Jeunesse



6 €

Payé le Cadre réservé
 Chèque : n°
 Espèce
 CCSE Hors CCSE

photo

L'enfant

Nom Prénom
Date de naissance Sexe fille garçon
Adresse
Code postal Ville

Les parents

Responsable légal 1

Nom et Prénom

Même adresse que l'enfant oui non

Adresse (si différente)

Responsable légal 2

Nom et Prénom

Même adresse que l'enfant oui non

Adresse (si différente)

CONTACTS par priorité + lien de parenté (père : 'P' / mère : 'M' etc)

Tél. 1

Tél. 2

Recevez le programme
↑ dès sa sortie! ↑

Tél. 3

Mail

Allocataire

Nom Prénom
N° allocataire Quotient familial
Régime CAF MSA AUTRE :

Autres contacts

Adresse si différente de la résidence principale (durant le séjour)

Nom et Prénom

Lien de parenté

Adresse

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom & prénom	Ville	Téléphone	Lien de parenté

Autre personnes à contacter en cas d'urgence

Nom & prénom	Ville	Téléphone	Lien de parenté

Autorisations

Je soussigné(e)

responsable légal(e) de l'enfant

- Autorise mon enfant, à participer aux activités organisées par le club 10-12 ans.
- Autorise les organisateurs à transporter mon enfant en mini bus sur des cours et moyens trajets lors des activités organisées par le Club 10-12 ans.
- Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accidents, en dehors des temps de prise en charge effectifs des jeunes par les animateurs.
- Autorise les organisateurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Droit à l'image

J'autorise

Je n'autorise pas

La Communauté de Communes du Sud-Estuaire à utiliser son image pour l'ensemble des supports de communication (journaux, affiches, tracts, diaporamas, expositions, site internet...)

Départ du site

J'autorise

Je n'autorise pas

Mon enfant à quitter le club 10/12 ans, situé avenue Gustave Eiffel à Saint-Brevin par ses propres moyens.

Documents à fournir

- Attestation de responsabilité civile
- Justificatif du dernier quotient familial
- Photo d'identité
- Photocopie des vaccins

Seuls les PASS complets seront acceptés

Fait à

Le

Signatures

Responsable légal(e)

Enfant

Pôle Jeunesse - Service Sport, Jeunesse et Prévention

Club 10-12 ans, avenue Gustave Eiffel, 44250 Saint-Brevin-les-Pins

Tél. hors vacances 02 40 27 29 22 / Tél. vacances scolaires 02 40 27 30 37

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

.....

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

.....

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE **TEL TRAVAIL :** **TEL PORTABLE**

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :(OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL