



Communauté de Communes du Sud Artois
Service Enfance Jeunesse

Adhésion 2021

de 11 ans (Scolarisés en 6^{ème}) à 17 ans

1^{er} Enfant 10€ - 2^{ème} Enfant 8 € - 3^{ème} et + 6 €

L'enfant

Nom-prénom : Sexe : F ou G

Né(e) le/...../..... à âge :ans

Responsables

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom - Prénom		
Tél domicile et/ou portable		
ADRESSE MAIL, Les prochaines infos seront diffusées par Mail		

Adresse : N° : Rue : Code postal :

Commune : N°CAF/MSA :

N° de sécurité sociale (auquel l'enfant est rattaché) :

Scolarité

Classe 2020/2021 : Lieu de scolarité :

Autorisation (Cocher vos réponses)

- Personne interdite de visite : OUI NON
- Si oui indiquer le nom et prénom :
- Mon enfant sait nager : OUI NON (NB : les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite)
- J'autorise mon enfant à se baigner : OUI NON
- J'autorise mon enfant à participer aux activités organisées par le Service Enfance Jeunesse (transport compris en voiture, minibus ou car) OUI NON
- J'autorise mon enfant à pratiquer tous les sports OUI NON
- J'autorise le Service Enfance Jeunesse à photographier ou filmer mon enfant pendant les temps d'animation, et d'utiliser ces photos ou films dans ses supports de communication (journaux, panneaux d'affichage, site internet, Blog de la Communauté de Communes)
 OUI NON

Cadre réservé à la CCSA

Mode de règlement Adhésion 2021 (11 à 17 ans)

- Chèque
- Espèce
- Autre

	€
--	---

Je soussigné(e),
Responsable légal, déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du Service Enfance Jeunesse. De même je certifie exactes les informations renseignées ci-dessus.

Fait à

Le/...../.....

« Lu et approuvé »

Signature

Fiche Médicale Obligatoire sinon refus de l'inscription

L'enfant

Nom-prénom :

Sexe : F ou G

Né(e) le/...../.....

- Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination à jour.
- Joindre obligatoirement une copie de l'attestation de la carte vitale.

Informations médicales

Vaccinations

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.
Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

Allergies (cocher les cases correspondantes)

	Asthme	Médicamenteuse	Alimentaire	Autre
OUI				
NON				
Préciser				

NB : En cas d'automédication, merci de le signaler et de joindre le protocole de soin avec ordonnance récente.

Maladies

L'enfant suit-il un traitement pendant le centre ? OUI NON

NB : Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. (Les médicaments doivent être dans leur emballage d'origine avec la notice) Dans le cas contraire, aucun traitement ne pourra être donné.

Rubéole			Varicelle			Oreillons			Rhumatisme articulaire aigu			Scarlatine		
OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON
Coqueluche			Otite			Rougeole								
OUI		NON	OUI		NON	OUI		NON						

Autres recommandations utiles des parents

.....
.....
.....

Je soussigné(e),Responsable légal de :

L'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du Service Enfance Jeunesse à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales, et autorisation de sortie) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à, le/...../.....

« Lu et approuvé »

Signature :