

FICHE D'INSCRIPTION & SANITAIRE

Septembre 2024 à septembre 2025



1. JEUNE

Adhésion payé (10 €) ☐

Nom : Prénom :

Genre : Garçon ☐ Fille ☐ Non genré ☐

Date de naissance :/...../.....

Téléphone portable du jeune :/...../...../...../.....

Mail du jeune :

2. VACCINATION

Merci de compléter le tableau ci-dessous ou de joindre une photocopie du carnet de santé

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES (DERNIERS RAPPELS)	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
ou DTpolio		Autres (préciser)	
ou Tétracoq			
BCG			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires : joindre un certificat médical de contre-indication

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DU JEUNE

LE JEUNE A T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐

ALLERGIES

ASTHME oui ☐ non ☐	MÉDICAMENTEUSE oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRE oui ☐ non ☐	AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR
(si automédication, le signaler)

.....
.....

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

(Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre

.....
.....

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc. (précisez)

.....
.....

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1

Nom : Prénom :

Adresse :

Boîte postale : Commune :

Tél fixe :/...../..... Portable :/...../...../...../.....

Mail :

RESPONSABLE 2

Nom : Prénom :

Adresse :

Boîte postale : Commune :

Tél fixe :/...../..... Portable :/...../...../...../.....

Mail :

AUTORISATION PARENTALE

DROIT À L'IMAGE :

- À FILMER, À PHOTOGRAPHER librement mon enfant dans le cadre des activités (youtube, sites internet, facebook, instagram, snapchat, bulletin municipal, presse, reportage télévisé).

Oui ☐ Non ☐

AUTORISE L'ANIMATEUR :

- À prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant (déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire).

- À administrer les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.

AUTORISE LE JEUNE

- À venir et quitter l'AJEP en autonomie sur les temps d'ouverture «libre» spécifique à sa tranche d'âge (modalités au dos de cette page).

SIGNATURE DU RESPONSABLE :

ENGAGEMENT DU JEUNE

- À respecter le règlement intérieur figurant au dos de cette feuille.

- À avoir pris connaissance des modalités d'organisation des activités de l'AJEP.

SIGNATURE DU JEUNE :

HORAIRES D'OUVERTURE



	Hors vacances scolaires	Vacances scolaires
CM1-CM2		Lundi-Vendredi 8h30-12h
6 ^e -5 ^e		Lundi-Vendredi 14h-18h
+ 14 ANS	Lundi-Samedi 14h-19h	Lundi-Vendredi 14h-19h

**LE FOYER SERA FERMÉ LES SAMEDIS
AVANT ET PENDANT LES VACANCES**

CONTACTS



@ AJEP 975



AJEP975@GMAIL.COM

ARNAUD : arnaudajep975@gmail.com | 55 79 75

AUDREY : audreyajep975@gmail.com | 55 79 74

GUILLAUME : guillaumeajep975@gmail.com | 55 79 76

RÈGLEMENT INTÉRIEUR



ALCOOL
INTERDIT



CANNABIS
INTERDIT



TABAC
INTERDI



RESPECT

DES LIEUX
DU MATÉRIEL
DES ANIMATEURS
DES AUTRES JEUNES



PROPRETÉ

JE NETTOIE SI
JE SALIS ET
JE JETTE
MES DÉCHETS