

« Les informations recueillies lors d’une inscription sont enregistrées dans un fichier informatique. Elles sont uniquement destinées à un usage interne nécessaire au bon fonctionnement des activités et à des fins statistiques. Elles seront anonymisées dans les 3 ans après votre dernière inscription. Vous pouvez exercer votre droit d’accès, de rectification et de suppression en vous adressant à l’accueil »

FICHE D’INFORMATIONS

**ADHERENT**

ANNEE

**2019-2020**

**CAISSE D’ALLOCATION :** CAF  Autre

Quotient familial CAF : ………………………………………….

J’autorise l’APIJ à utiliser CAFPRO :  OUI  NON

**ATTENTION**

Merci de fournir avec cette fiche d’information :

* L’**Attestation d’allocation CAF** *(si vous êtes allocataire et quel que soit vote quotient même si celui-ci est haut).*
* La photocopie des **vaccins à jour**.
* **2€ d’adhésion** à l’APIJ valable du 1er septembre 2019 au 31 Août 2020

**Sans ces documents aucune inscription à l’APIJ ne sera effectuée.**

**Comment avez-vous connu l’APIJ ?**

 Affiche  Site Internet  Réseaux sociaux  Bouche à oreille  Presse

Autre :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

**Autre personne à contacter en cas d’urgence :**

NOM :…………………………………………………….…………… Liens avec l’enfant : ………………………..……..…….…………..

Téléphone : ……………….…….………………………………….

**RESPONSABLES LEGAUX :**

**Situation familiale :** Célibataire Marié(e) Pacsé(e)  Veuf (ve)  Séparé(e)  Concubin(e)

NOM : ………………………………………………..……………… PRENOM : ………...………………………..………………………..….

Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

……………………………………………………………………………………………………………………………..…………..…………………...

Adresse mail :…………………………………………………….….… Téléphone : ………………………………………………………..

NOM : ………………………………………………..……………… PRENOM : ………...………………………..………………………..….

Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

……………………………………………………………………………………………………………………………..…………..…………………...

Adresse mail :…………………………………………………….….… Téléphone : ………………………………………………………..

**LE JEUNE :**

NOM : ………………………………………………………………..… PRENOM : ………………………………………………….…………….

Date de naissance : ….………… /………..…../…………...... Age : …………………………..

Adresse : ……………………………………………….……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………..…………………………………………………………………………..……………………………………….

Adresse mail: ……………………………..………..………………… N° de portable: ………………..……………….……………………..

SANTE DU JEUNE

**Indiquez ci-après les difficultés de santé éventuelles** (*accidents, crises compulsives, hospitalisation, opérations, rééducations*) et toutes autres informations que vous jugez important de nous communiquer au sujet de l’état de santé du jeune :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………

**Médecin traitant** NOM :……………..……………………..………………… Coordonnées :…………………….………………………………….

A-t-il des allergies ?  OUI  NON

Si oui, à quoi est-il allergique ?

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

Quelles sont les conduites à tenir par rapport à ces allergies ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………….…….…….………

Est-il asthmatique ?  OUI  NON

Quelles sont les conduites à tenir ?

…………………………………………………………………………………

………………………………………………………………..………………

………………………..…………………………………………………..….

Suit-il un régime alimentaire spécifique ?

 OUI  NON

Si oui, lequel ?

…………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………….………………………

**ATTENTION : Vous devez impérativement fournir la photocopie des vaccins à jour**

Le seul vaccin obligatoire est la DTP polio. Les autres vaccins sont recommandés. Cependant, lorsque le jeune a des vaccins complémentaires, il est nécessaire de le signaler car ces informations sont utiles pour le médecin en cas d’accident. Si le jeune n’a pas été vacciné du fait d’une contre-indication, un certificat médical doit être fourni.

AUTORISATIONS

Je soussigné ……………………………………………., responsable de l’enfant ……………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **OUI** | **NON** |
| **Droit à l’image**  Autorise que l’image (photo ou vidéo) de mon enfant soit diffusée par l’APIJ (presse, site Internet, réseaux sociaux, affiches, mail, etc.) |  |  |
| **Autorisation d’urgence**  Autorise le responsable du centre de loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toutes interventions d’urgence, éventuellement sous anesthésie générale, selon les prescriptions du corps médical. |  |  |
| **Autorisation de transport et sorties**  Autorise l’APIJ à transporter mon enfant. |  |  |
| **Autorisation d’administration de médicament**  Autorise le personnel de l’APIJ à administrer les médicaments prescrits par le médecin et sur présentation d’une ordonnance. |  |  |
| **Autorisation d’entrée et de sortie libre**  Autorise mon enfant à venir et repartir librement de l’APIJ en dehors des horaires prédéfinis par l’activité menée. |  |  |

Je soussigné………………………………………………………….., déclare exacts les renseignements portés sur ce document. Je m’engage à informer l’APIJ de tous changements éventuels à porter sur ce document. D’autre part, je m’engage à fournir la photocopie des vaccins de mon enfant à jour, ainsi que, s’il y a lieu, à rembourser à l’association le montant des frais médicaux.

Fait à ………………………………………………., le ……………………………….

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »