

« 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 »

**LE JEUNE:**

NOM : ..... PRENOM:.....  
 Date de naissance : ..... /..... /..... Age : .....  
 Adresse : .....  
 Adresse mail: ..... N° de portable: .....

**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 : .....

**AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :**

NOM : ..... Liens avec l'enfant : .....  
 Téléphone : .....

**CAISSE D'ALLOCATION:**  CAF  Autre  
 Quotient familial CAF : .....  
 J'autorise l'APIJ à utiliser CAFPRO :  OUI  NON

**COMMENT AVEZ-VOUS CONNU L'APIJ?**

Affiche  Site Internet  Réseaux sociaux  
 Bouche à oreille  Presse.  
 Autre : .....

**VOULEZ-VOUS REÇEVOIR LA NEWSLETTER DE L'APIJ?**

OUI  NON  
 Si oui, merci d'écrire votre adresse de contact:  
 .....

**ATTENTION**

Merci de fournir avec cette fiche d'information :

- L'**Attestation d'allocation CAF** (si vous êtes allocataire et quel que soit votre quotient même si celui-ci est haut).
- La photocopie des **vaccins** à jour.
- 2€ d'adhésion** à l'APIJ valable du 1er septembre 2020 au 31 Août 2021. Sans ces documents aucune inscription à l'APIJ ne sera effectuée.

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

## SANTÉ DU JEUNE

Est-il asthmatique ?  OUI  NON

Quelles sont les conduites à tenir ?

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

Suit-il un régime alimentaire spécifique ?

OUI  NON

Si oui, lequel ?

.....  
 .....

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 ?

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

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 : .....

### 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 »