

**Boulevard jeunes**



ACCUEIL DE LOISIRS ADOS  
xab\_itcia@yahoo.fr

Association VACANCES NATURE  
Le Bourg de Born  
47 210 St Eutrope de Born  
05 53 36 35 40 [animaborn@wanadoo.fr](mailto:animaborn@wanadoo.fr)

**FEUILLE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS ADOS**

NOM : ..... PRENOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : ..... AGE : .....  
ADRESSE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
N° DE PORTABLE : ..... MAIL : .....

**PARENTS / TUTEUR :**

NOM : ..... PRENOM : .....  
NUMERO DE SECURITE SOCIALE : .....  
N° DE TELEPHONE FIXE : ..... N° DE PORTABLE : .....  
MAIL : .....  
NUMERO CAF OU MSA (entourez la mention)  
.....

**SANTE :**

NOM DU MEDECIN : .....  
ADRESSE : .....  
TELEPHONE : .....  
REGIME ALIMENTAIRE : .....  
ALLERGIES : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....  
.....  
.....

DIFFICULTES DE SANTE et précaution à prendre : .....  
.....

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE : .....  
.....

## AUTORISATIONS PARENTALES :

- Je soussigné(e) Mme ou Mr ..... autorise mon enfant ..... à participer aux différentes activités proposées dans le cadre de l'accueil de loisirs (réunions, sorties, stage ou séjours). Ces activités pouvant être proposées le vendredi soir, le samedi, pendant les vacances scolaires et de manière exceptionnelles le dimanche.
- J'autorise ou je n'autorise pas ma fille / mon fils à venir au Boulevard Jeunes seul et/ou à repartir seul, et dégage toutes responsabilités le responsable de l'accueil.
- J'autorise ou je n'autorise pas ma fille/ mon fils à être pris en photo ou en vidéo. Photo ou vidéo qui pourront être utilisés dans le cadre des activités de l'accueil: montage de fin de camp, exposition ou blog.
- L'association s'engage à ne pas diffuser les photos sur facebook.
- La famille s'engage à ne pas publier et diffuser les photos (remises par l'association ou prises lors des activités) sur facebook ou autres, mais à les utiliser que dans le cadre familial.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	AUTRES

### Vaccinations (remplir ou photocopies du carnet de santé)

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B.	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si je n'ai pas le carnet de santé remplir ci-dessous:

Je déclare que mon enfant est à jour sur les vaccinations.

signature tuteur :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature du jeune

Signature des parents