

FICHE INDIVIDUELLE 2024-2025

Cette adhésion permet l'accès aux activités organisées par l'association pour la période de SEPTEMBRE à AOUT de l'année en cours.

Tarif : -18 ans = 10€/an à partir de 18 ans=15€/an

Qf au :	Adhésion 9-10 ANS O 11-12 ANS O 13-15 ANS O 16-17 ANS O ADULTE O
Qf au :	

Dossier suivi par : _____ N° allocataire caf : _____

L'ADHÉRENT

MINEUR*

MAJEUR

Mme M

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ E-Mail _____

PARENT 1 *(si mineur)

Mme M

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

E-Mail _____

Téléphone _____

PARENT 2 *(si mineur)

Mme M

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

E-Mail _____

Téléphone _____

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Nom et prénom	Téléphone	Lien parenté

AUTORISATIONS

<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Déclare sur l'honneur détenir l'autorisation parentale requise pour inscrire l'enfant
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par l'association Mosaïque
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autorise la diffusion sur son site internet -ou sur tout autre support virtuel ou imprimé- des photos et/ou vidéos prises par l'Association Mosaïque
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autorise mon enfant à rentrer seul à l'issue des activités proposées
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autorise Mosaïque à me communiquer les informations par Email ou sms

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à signaler toutes éventuelles modifications.
J'ai pris connaissance et j'accepte les conditions du règlement intérieur de la structure sur www.assomosaique.fr

Fait à Ecquevilly le, _____

Signature du responsable légal

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse.
Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un **traitement médical** ? Oui Non

Si oui, joindre **une ordonnance** récente et **les médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne, régime alimentaire particulier (sans porc, etc...) :

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL PORTABLE **TEL TRAVAIL :** **TEL DOMICILE**.....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :;(OBIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL