VINCENNES.fr

PHOTO RÉCENTE OBLIGATOIRE

**FICHE DE LIAISON DE L'ENFANT :**

NOM : …… PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : …../……/…… GARÇON ❑ FILLE ❑

Adresse : ……. Bât : …….. Appt :…….

Code postal : …….. Commune : .....

Etablissement scolaire : .....

**INSCRIPTION AUX ESPACES JEUNES**

**RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT :**

| Père ou tuteur[1] | Mère ou tutrice[1] |
|---|---|
| NOM : ……..…<br>PRENOM : ……..…..…<br><br>ADRESSE : ……...……..<br>……..……...……..<br><br>CODE POSTAL : ……<br>VILLE : ……...<br>TELEPHONE DU DOMICILE : …../…../…../…../…..<br>TELEPHONE PORTABLE : …../…../…../…../…..<br>TELEPHONE PROFESSIONNEL : …../…../…../…../…. | NOM : ……...…<br>PRENOM : ……..……...……<br><br>ADRESSE : ……...……<br>……...…….<br><br>CODE POSTAL : ……..……...<br>VILLE : ……...……..<br>TELEPHONE DU DOMICILE : ..…/…../…../…../…..<br>TELEPHONE PORTABLE : …../…../…../…../…..<br>TELEPHONE PROFESSIONNEL : …../…../…../…../…. |
| Situation de famille : célibataire - vie maritale - marié(e) - séparé(e) - divorcé(e) - veuf (ve) [1] | |

Etes-vous bénéficiaire de la CMU (Couverture Médicale Universelle) oui ❑ non ❑
**(Si oui, merci de joindre une photocopie de l'attestation C.M.U).**
Assurance responsabilité civile et individuelle accidents corporels :
(nom adresse et n°) : …….....
……...
Mutuelle (nom adresse et n°) : ……...
……..……..……

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | DATE DU DERNIER RAPPEL | VACCINS RECOMMANDES | DATES DES DERNIERS VACCINS (et du dernier test BCG) |
|---|---|---|---|
| **DTPolio** | | Hépatite B | |
| **Ou Tétracoq** | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| **Ou Pentacoq** | | Vaccin BCG | |
| | | Test BCG (préciser si + ou -) | |

**SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES**
**JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION**
**ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un **traitement médical** oui ❑ non ❑ Si oui joindre une **ordonnance** récente avec la présente fiche.
L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rubéole : oui ❑ non ❑ | Varicelle : oui ❑ non ❑ | Angine : oui ❑ non ❑ | Scarlatine : oui ❑ non ❑ | Otite : oui ❑ non ❑ |
| Coqueluche : oui ❑ non ❑ | Rougeole : oui ❑ non ❑ | Oreillons : oui ❑ non ❑ | Rhumatisme articulaire aigu : oui ❑ non ❑ | |

[1] Rayer la mention inutile

**ALLERGIES** : Asthme oui ❑ non ❑ Médicamenteuses oui ❑ non ❑
Alimentaires oui ❑ non ❑ Autres oui ❑ non ❑
Si oui, précisez :
……...
PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)
……..……..……...
……..……..……...

L'enfant fait-il l'objet d'un **Projet d'Accueil Individualisé** ? oui ❑ non ❑(Si oui, merci de joindre une photocopie du document)

INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates les dates et les précautions à prendre.
……..……..……...
……..……..……...
……..……..……...

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC… PRECISEZ)
……..……..……...
……..……..……...

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif)
…….

**AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

| | |
|---|---|
| Nom : ……. | Nom : ……. |
| Prénom : ……. | Prénom : …… |
| Téléphone : ……. | Téléphone : …….….….. |
| Lien de parenté : ……. | Lien de parenté : ……..…….. |

**DEPART DE L'ESPACE JEUNES**
Votre enfant est il autorisé à rentrer seul à votre domicile ? oui ❑ non ❑

Je/nous soussigné(e-s) M. et/ou Mme …….. responsable(s) légal(e-aux) de l'enfant …….…….. :

1. Autorise (ons) le responsable de l'espace jeunes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant ;
2. Autorise (ons) mon enfant à se rendre dans toutes les structures relevant du service jeunesse (Espaces-jeunes au 10, Ave G.Clémenceau, et au 104, rue Diderot à Vincennes) durant les horaires d'accueil des jeunes, qu'il participe à toutes les activités qui y sont pratiquées ;
3. Accepte(ons) de régler les frais de retour de mon enfant lors de séjours dans le cas où il pourrait remettre en cause le bon fonctionnement par son comportement ou son attitude susceptible de mettre en danger sa propre sécurité physique ou morale ou celle des autres participants, sachant que la ville se réserve le droit à l'avenir de ne plus prendre en compte son inscription ;
4. M'engage (nous engageons) à rembourser l'intégralité des frais médicaux ou de rapatriement avancés par la ville de Vincennes ;
5. Certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.

**La ville de Vincennes ne sera en aucun cas tenue pour responsable des bijoux et objets de valeur perdus ou détériorés.**
**Toute déclaration erronée sur l'état civil et le domicile peut entraîner l'annulation de l'inscription.**

→ J'autorise les espaces jeunes à réaliser des photos ou des vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant. Ces photos peuvent faire l'objet d'une parution dans le journal « Vincennes-Information » ou sur les panneaux de la ville ou le site internet de la ville oui ☐ non ☐

→ Accepte de recevoir des informations par e-mail de la Direction Enfance-Jeunesse concernant les activités de mes enfants.
Adresse e-mail : ……

oui ☐ non ☐

*La collecte des données personnelles répond aux obligations de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'au règlement européen 2016/679 du Parlement européen et du conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données*
*En apposant ma signature, je reconnais avoir été informé(e) des politiques de confidentialité :*
*- de la Ville de Vincennes, disponible sur le site https://www.vincennes.fr*

**Fais à Vincennes, le ……..** **Signature (s) :**