1er septembre 2023 au 31 août 2024

Payé par :
Chèque ☐
Espèce ☐
Autre ☐

Adhésion individuelle + Cotisation : 6+5 = 11€
Adhésion fratrie (2 jeunes et plus) : 10 + 5€/jeunes

Nom Prénom du responsable : (celui qui perçoit les allocations familiales)

……

Adresse : ……

……

Téléphone portable : ……..
professionnel :

Adresse Mail : ……..

N° d'allocataire de la CAF de Grenoble ou de Chambéry : ……

Montant quotient familial : ……

Pièces à joindre à l'adhésion :
°justificatif du quotient familial
°attestation responsabilité civile

http://www.paj-jeunes.fr
infos@paj-jeunes.fr

RENSEIGNEMENTS ADHERENTS

1	2	3
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :

Précautions médicales : ……

J'autorise les enfants inscrits ci-dessus à participer aux activités du PAJ notamment aux sorties à la journée et aux camps, avec transport.
Et la conservation informatique de mes données personnelles à des fins non commerciales

Et à rentrer seul lors de la fin des activités **Oui** **Non**

J'accepte les prises de photos ou de films de mes enfants dans le cadre des activités ,
et leur diffusion sur le site de l'association PAJ et sur les réseaux sociaux du PAJ **Oui** **Non**

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du PAJ,

Date **Nom Prénom du responsable légal et signature**

Les informations ci-dessus sont traitées par informatique mais ne sont en aucun cas communiquées à des personnes extérieures,
Vous pouvez à tout moment demander à consulter les informations qui vous concernent (conformément aux décrets de la CNIL)

Code de l'action sociale et des familles

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Les données qui y figurent peuvent servir aux animateurs et aux secours en cas d'accident, et faciliter la prise en charge de votre enfant. Pour cette raison, elles sont donc susceptibles d'être stockées sur un espace numérique auquel les animateurs du PAJ peuvent avoir accès avec leur téléphone, en sortie.

Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case ☐

Enfant : ☐ fille ☐ garçon Date de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

Accueil : Dates du séjour :

☐ séjour de vacances
☐ accueil de loisirs
☐ séjour dans une famille

Adresse :

I - Vaccinations : (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (*préciser*)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non
Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	**Rougeole**	**Oreillons**	**Rhumatisme articulaire aigu**	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	

Allergies : médicamenteuses ☐ oui ☐ non asthme ☐ oui ☐ non
alimentaires ☐ oui ☐ non autres ☐ oui ☐ non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

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

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

Observations :

DDJS 52 – mars 03