

1er septembre 2025 au 31 août 2026

Inoe <input type="checkbox"/>
Scanné <input type="checkbox"/>
Réservé PAJ

Adhésion individuelle + Cotisation : 8+7 = 15€
Adhésion fratrie (2 jeunes et plus) : 12 + 7€/jeunes

Payé par :
Chèque
Espèce
Autre

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>

animateurs@paj-jeunes.fr

RENSEIGNEMENTS ADHERENTS

1	2	3
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Numéro de téléphone du jeune <input type="checkbox"/>	Numéro de téléphone du jeune <input type="checkbox"/>	Numéro de téléphone du jeune <input type="checkbox"/>
.....

Précautions médicales :

Mon enfant bénéficie d'une allocation d'éducation d'enfant handicapé **Oui Non**

J'autorise les enfants inscrits ci-dessus à participer aux activités du PAJ notamment aux sorties à la journée et aux camps, avec transport.

J'autorise la conservation informatique de mes données personnelles à des fins non commerciales.

Mon enfant peut rentrer seul à 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 souhaite être informé du fil d'actualité du PAJ via Whatsapp **Oui Non**

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du PAJ,

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



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	Non	Oui	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Non	Oui	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
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Orite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 : _____