

**MPT PEN AR CREAC'H**

17 Rue Pr Chrétien - 29200 Brest  
 Tel: 02 98 02 29 75 / 06 52 63 80 56  
 www.penarcreach.org  
 Facebook : Mpt Pen Ar Créac'h (Espace Jeunesse)

**Saison 2015/2016**

## DOSSIER D'INSCRIPTION ESPACE JEUNESSE

**JEUNE**

NOM :	
PRÉNOM :	
NÉ(E) LE :	AGE :
PORTABLE ( JEUNE ) :	
ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE: CLASSE :	
AUTRE ;	

N° CAF	
QUOTIENT FAMILIAL	
AUTRE RÉGIME :	

*La MPT dispose d'un numéro professionnel permettant d'accéder à votre Quotient Familial (et uniquement à ce quotient), à partir de votre n° d'allocataire.*

*J'autorise la MPT à y accéder :*

Oui       Non

**RESPONSABLES DE L'ENFANT**

PÈRE/MÈRE/TUTEUR LÉGAL (RAYER LA MENTION INUTILE)

NOM:	PRÉNOM :
ADRESSE:	
CODE POSTAL :	VILLE :
TÉLÉPHONE DOMICILE: PORTABLE :	TÉLÉPHONE TRAVAIL: EMPLOYEUR:
E-MAIL:	VILLE :

PÈRE/MÈRE/TUTEUR LÉGAL (RAYER LA MENTION INUTILE)

NOM:	PRÉNOM :
ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE LA PREMIÈRE):	
CODE POSTAL:	VILLE:
TÉLÉPHONE DOMICILE: PORTABLE :	TÉLÉPHONE TRAVAIL: EMPLOYEUR:
E-MAIL:	VILLE :

**\*J'AUTORISE** LE JEUNE INSCRIT À PARTICIPER AUX ACTIVITÉS DE LA MPT ET ATTESTE QU'IL N'EXISTE AUCUNE CONTRE INDICATION MÉDICALE À LA PRATIQUE DE CES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS .

**\*J'AUTORISE** LA MPT À UTILISER LES PHOTOS ET VIDÉOS DE MON ENFANT SUR LES DÉPLIANTS, VIDÉOS ET AUTRES DOCUMENTS DE COMMUNICATION DE LA MPT.

FAIT À BREST LE.....

**SIGNATURE,**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM DE L'ENFANT : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... M  F

NOM ET PRENOM DU RESPONSABLE : .....

ADRESSE: .....

TÉLÉPHONE 1 : ..... TÉLÉPHONE 2 : .....

N°DE SECURITE SOCIALE : ..... MUTUELLE : .....

**VACCINATIONS** (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ OU AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ENFANT).

VACCINS OBLI- GATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DIPHTÉRIE				HÉPATITE B	
TÉTANOS				RUBÉOLE-OREILLONS-ROUGEOLE	
POLIOMYÉLITE				COQUELUCHE	
<b>Ou</b> DT POLIO				AUTRES (PRÉCISER)	
<b>Ou</b> TÉTRACOQ					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL ? OUI  NON

L'ENFANT A-T-IL 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 ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE 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"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME OUI  NON  MÉDICAMENTEUSES OUI  NON   
ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (SI AUTOMÉDICATION, LE SIGNALER)**

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

**LES DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCA-  
TION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES,  
ETC ... PRÉCISEZ.

.....

*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.*

Date : ..... Signature : .....