

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	
Ou DT POLIO				AUTRES (PRÉCISER)	
Ou 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 MÉDICAUX 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-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) 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 :