

Patronage Don Bosco **FICHE ADHERENT 2020 - 2021**
60300 Senlis

Joindre 1 Photo

+ noms & prénom

+ date naissance

 NOUVELLE ADHESION (TOUT remplir)

Fiche faite le : ... / ... /

au dos

 RENOUELEMENT (Noms & modifications seulement)

FAMILLE (= FOYER) DE L'ADHERENT (*)		
STATUT FAMILIAL (*): <input type="checkbox"/> M. et M <input type="checkbox"/> Mademoiselle		NOM DU FOYER (*):
ADRESSE POSTALE (*): (spécifier le nom écrit sur la boîte aux lettres)		
Tél. mobile (*):	Tél. domicile (*):	Email du foyer (*):
PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ->	NOM et Prénom:	Tél. mobile (*):
ADHERENT (*)		
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/> Monsieur		NOM (*):
		Prénom (*):
Tél. mobile (*):	Tél. domicile (*):	Tél. professionnel:
Email de l'adhérent (*):		
Date de naissance (*):	Nationalité:	Profession ou Ecole (*):
Uniquement pour les mineurs (*)->	<input type="checkbox"/> Retour seul <input type="checkbox"/> Retour accompagné	(Signature du responsable légal) (*)
RESPONSABLES LEGAUX (obligatoire uniquement pour les mineurs)		
Père ou tuteur		NOM (*):
		Prénom (*):
Tél. mobile (*):	Tél. domicile (*):	Tél. professionnel:
Email du père ou tuteur (*):		
Date de naissance (*):	Nationalité:	Profession (*)
Mère ou tutrice		NOM (*):
		Prénom (*):
Tél. mobile (*):	Tél. domicile (*):	Tél. professionnel:
Email de la mère ou tutrice (*):		
Date de naissance (*):	Nationalité:	Profession (*):

(*) CHAMPS OBLIGATOIRES

Patronage « DON BOSCO SENLIS » Saison 2020-2021 à envoyer par email patronagedonboscosenlis@gmail.com
ou à envoyer ou déposer à la Paroisse Saint Rieul 3, Place Notre Dame 60300 SENLIS Tel : 06 28 35 50 36

Nom de l'enfant : Prénom Né le
..... en classe de pour l'année 2019-2020,

dans l'école Ville

..... Adresse de la famille :

Téléphone : Email :

Portable de la maman Portable du papa

Numéro de sécurité sociale de rattachement

Taille de l'enfant : Poids : Taille vestimentaire XXS XS S M

L'adolescent possède-t-il un VTT ? Oui non Sport pratiqué en club

Ci-joint fiche sanitaire de liaison,

Informations complémentaires facultatives :

Parents : Seul Ensemble Marié (e) Séparé (e) Divorcé (e) veuf (ve) remarié (e)

Éléments que vous voulez préciser :

Pratique religieuse : Baptisé oui non A fait sa première communion oui non

Commentaires

Je soussigné(e) M, Mme, Mlle

En tant que responsable légal (e) de mon enfant nommé ci-dessus, autorise à pratiquer les activités du patronage et à rentrer seul (e) : oui = retour seul non = retour accompagné

autorise à pratiquer les activités sportives, et informe, qu'à sa connaissance, il n'y a pas de contre-indication à la pratique de la Lutte éducative.

A ce titre, je veille, aux règles d'hygiène et de sécurité suivantes :

Ongles courts, cheveux liés s'ils sont longs, pas de gel coiffant, pas de bijoux ou piercings.

En outre , je m'engage :

1/ à informer le patronage par email de toute absence,

2/ à faire participer mon enfant aux activités avec fidélité, et à être à l'heure pour mon enfant, 3/ autorise la sortie de mon enfant durant les activités en dehors du lieu de patronage, adhère, en connaissance à l'esprit du Patronage, et à son projet pédagogique, ainsi que son règlement intérieur, dont je certifie avoir pris connaissance,

4/ autorise le patronage à traiter mes données personnelles (cf Projet Pédagogique), et autorise le droit à l'image (cf Projet éducatif),

5/ autorise en cas d'urgence, le directeur du patronage à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mon enfant,

6/ m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés,

7/ je dégage l'organisateur de toute responsabilité en cas d'accident pendant les trajets de mon enfant dans le cas où j'autorise mon enfant à venir seul au Patronage et/ou à partir seul du Patronage, sauf navette.

Date et signature :

Utilise la navette oui non

Navette vers le Collège Anne-Marie Javouhey Parking Chapelle de Bon-Secours Mercredi 13h45-Retour 16h45



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM: _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention:** le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui non	oui non	oui non	oui non	

Allergies: **ASTHME** oui non **ALIMENTAIRES** oui non **MEDICAMENTEUSES** oui non

AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE

SANS PORC

Indiquez ci-après:

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

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

BAIGNADE : SAIT NAGER SE DEBROUILLE NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE

PRÉNOM

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom: _____

Tél : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant :

Date :

Signature: