



**Association BAS CHABLAIS JEUNES - ADHESION FAMILIALE**  
**Période du 1<sup>er</sup> SEPTEMBRE 2018 - au 31 AOUT 2019**

Seriez-vous intéressé pour participer à la vie associative?  OUI  NON  
 A des enquêtes?  OUI  NON

<b>PARENTS DE L'ENFANT</b>	<b>PARENT</b> <i>(Responsable dossier CAF/MSA)</i>	<b>PARENT</b> <i>(préciser)</i>
<b>NOMS &amp; PRENOMS</b>		
<b>ADRESSE</b>		
<b>HAMEAU</b>		
<b>CP VILLE</b>		
<b>TEL PERSO/PORTABLE</b>		
<b>EMAIL PERSONNEL</b>		
<b>OBLIGATOIRE</b>		
<b>N° ALLOCATAIRE DU DOSSIER CAF OU MSA SUR LEQUEL L'ENFANT EST INSCRIT</b>	<i>(les frontaliers peuvent disposer d'un N° d'allocataire et d'un quotient familial)</i>	<i>(les frontaliers peuvent disposer d'un N° d'allocataire et d'un quotient familial)</i>

**QUOTIENT FAMILIAL** .....

*Indispensable pour toute tarification liée à un accueil, il est disponible auprès de votre CAF*

<b>EMPLOYEUR ET PROFESSION</b>		
<b>LIEU DE TRAVAIL</b>		
<b>TEL. PROFESSIONNEL</b>		
<b>SITUATION FAMILIALE</b>		
<b>N° de SS ou Ass. Privé</b>		
<b>CONJOINT</b> <i>(si recomposition familiale)</i>		
<b>FRATRIE</b> du dossier CAF auquel se rattache l'enfant : Nom (si différent) / Prénom / Date de Naiss. _____ _____ _____	<b>Personnes à prévenir en cas d'accident</b> Nom, prénom, qualité et téléphone _____ _____ _____	<b>Hors parents, personnes habilitées à récupérer l'enfant</b> Nom, prénom, qualité(conjoint,gd père, nounou,...) et téléphone _____ _____ _____

<b>ADHESION FAMILIALE</b>	<input type="checkbox"/> <b>7 €uros</b>	<b>FRAIS D ENVOIS</b> <i>(facultatif : factures par voie postale)</i>	<input type="checkbox"/> <b>10 €uros</b>
---------------------------	---	--	--

NOM *(de l'enfant)* ..... PRENOM : ..... Lieu de Résidence .....

SEXE :  F  M ECOLE : ..... CLASSE : ..... Né(e) le ...../...../..... à .....

Projet d'Accueil Individualisé(PAI) ?  OUI  NON

A 10 ans, peut-il rentrer seul au domicile?  OUI  NON

Nous autorisez-vous à le véhiculer (bus, minibus) ?  OUI  NON

Nous autorisez-vous à photographier & filmer votre enfant dans le cadre de nos activités?  OUI  NON

Je soussigné M/M<sup>me</sup> \_\_\_\_\_, représentant(e) légal(e), déclare exactes les renseignements notifiés ci-dessus ainsi qu'au recto et certifie notifier toutes modifications dans les plus brefs délais à l'ABCJ. Par la présente adhésion, nous déclarons accepter les finalités de l'ABCJ ainsi que son règlement intérieur et conditions d'inscriptions aux accueils, services et d'accès à ses équipements, tous consultables au siège de l'ABCJ. Fait à ..... le ..... / ..... / .....

SIGNATURE(S)

Date de Dépôt: \_\_ / \_\_

Opérateur BCJ :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT  
 NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				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 ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - 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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À 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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, déclare

exactes 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 :.....

**BASCHABLATS**  
 A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
 COORDONNÉS DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

**JEUNES**  
 ANTY-WARNINGEL SOCIÉTÉ

OBSERVATIONS