



JEUNESSE

Donner vie à ses projets



FAMILLES RURALES
Fédération départementale
50 rue de Curembourg
45404 Fleury les Aubrais Cedex
Tél. : 02.38.65.48.80
fd.loiret@famillesrurales.org

Association loi 1901, agréée et habilitée pour son action :

- | | | |
|----------------|------------|-------------------|
| - Famille | - Jeunesse | - Vie associative |
| - Consommation | - Loisirs | - Formation |
| - Éducation | - Tourisme | - Santé |

Membre de Familles Rurales, fédération nationale, reconnue d'utilité publique.

Dossier à remplir une seule fois par an pour l'ensemble des activités

L'inscription annuelle est gratuite, réservée aux adhérents Familles Rurales

Les activités proposées feront l'objet d'une inscription spécifique. Une contribution financière pourra alors être demandée aux familles.

Nom : Prénom : Sexe : M F

Date et lieu de naissance : Age :

Adresse :

 (Adolescent) : Mail (Adolescent):

Adhérent(e) de l'association Familles Rurales de :

Responsables légaux de l'adolescent :

Situation des parents : (Rayer les mentions inutiles)		
Célibataire – Vie maritale – Pacsés – Mariés – Veuf		
Séparés – Divorcés : garde de l'enfant : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> alternée		
Précision éventuelle concernant la garde :		
	Père ou tuteur légal	Mère ou tutrice légale
Nom et Prénom		
Adresse		
Tél. domicile		
Tél. portable		
Tél. travail		
Mail		
Numéro allocataire	CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Numéro : Quotient :	CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Numéro : Quotient :
N° de sécurité sociale		

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents) :

- Nom Prénom : 

- Nom Prénom : 

Baignade :

Possède –t-il un diplôme ou une attestation de natation : 25 m 50 m
Si **non**, sait-il nager : OUI NON

Départ des activités :

J'autorise mon enfant à rentrer seul à notre domicile OUI NON
Si **non**, NOM et lien avec l'enfant des personnes autorisées à venir le chercher :

.....
.....

Autorisations légales :

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et :

- Autorise le responsable du séjour ou de l'activité à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).
- Autorise Familles Rurales à reproduire des photos de mon enfant dans ses différentes publications, dans le cadre des activités de l'association.
- Autorise Familles Rurales à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités : en transport en commun, ou dans un véhicule conduit par un membre de Familles Rurales (salarié ou bénévole adhérent).
- Autorise mon enfant à participer aux activités et sorties organisées par la Fédération Familles Rurales du Loiret dans le cadre de son programme jeunesse.
- Confirme avoir lu et approuve le règlement intérieur des activités jeunesse.

A, le

Signature du père (ou tuteur légal)
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de la mère (ou tutrice légale)
Précédée de la mention « lu et approuvé »

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A JOINDRE	
Attestation d'assurance	<input type="checkbox"/>
Copies vaccins	<input type="checkbox"/>
Dossier d'inscription	<input type="checkbox"/>

Renseignements médicaux

Vaccinations :

Joindre obligatoirement les photocopies du carnet de santé.

Joindre un certificat médical de contre indication en cas d'absence des vaccinations obligatoires.

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui Non

Si oui, lequel :

.....
.....

Joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

Allergies :

Asthme : oui non

Médicamenteuses : oui non - Si oui, lesquelles :

.....
.....

Alimentaires : oui non - Si oui, lesquelles :

.....

Autres :

Conduite à tenir :

.....

Difficultés de santé et recommandations utiles des parents :

Maladie, accident, hospitalisation, opérations ou autres nécessitant des précautions à prendre, port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives ou dentaires.

.....

.....

.....

.....

Le, à

Signature des parents (Précédée de la mention « lu et approuvé »)