



ADHESION 2014/2015

Tranche d'âge : ____/____



NOM (de l'enfant ou du jeune) : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

: _____ : _____

E-mail : _____

Date et lieu de naissance : _____

Etablissement scolaire fréquenté : _____

COMMUNE		HORS COMMUNE
Quartiers sur "territoire" ACAV	Autres quartiers	Villes
<input type="checkbox"/> Profondine	<input type="checkbox"/> Baugerie	<input type="checkbox"/> Vertou
<input type="checkbox"/> Portereau	<input type="checkbox"/> Centre	<input type="checkbox"/> Basse Goulaine
<input type="checkbox"/> Ouche Quinet	<input type="checkbox"/> Portechaise	<input type="checkbox"/> Fontaine
<input type="checkbox"/> Douet	<input type="checkbox"/> Métairie	<input type="checkbox"/> Rezé
	<input type="checkbox"/> Savarières	<input type="checkbox"/> Nantes
	<input type="checkbox"/> Martellière	<input type="checkbox"/> Autres

RESPONSABLE(S) DU JEUNE

NOM et Prénom du père : _____

Adresse : _____

Né le : _____ Profession : _____

domicile : _____ travail : _____

E-mail : _____ : _____

NOM et Prénom de la mère : _____

Adresse : _____

Née le : _____ Profession : _____

domicile : _____ travail : _____

E-mail : _____ : _____

Allocataires : N° Allocat. CAF ou MSA _____ - Quotient familial _____ Du _____

Non allocataires : revenus annuels déclarés (avt abat^{ts}) _____ - Nbre de parts _____

Nombre d'enfant(s) total ____ / à charge _____ - Ages des enfants _____

Situation Familiale : Marié(e) Célibataire Vie maritale Autre , à préciser

Adhésion acquittée le _____ chèque n° _____ espèces
Montant _____ banque _____



ADHESION 2014/2015

Tranche d'âge : ____/____



NOM (de l'enfant ou du jeune) : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

: _____ : _____

E-mail : _____

Date et lieu de naissance : _____

Etablissement scolaire fréquenté : _____

COMMUNE		HORS COMMUNE
Quartiers sur "territoire" ACAV	Autres quartiers	Villes
<input type="checkbox"/> Profondine	<input type="checkbox"/> Baugerie	<input type="checkbox"/> Vertou
<input type="checkbox"/> Portereau	<input type="checkbox"/> Centre	<input type="checkbox"/> Basse Goulaine
<input type="checkbox"/> Ouche Quinet	<input type="checkbox"/> Portechaise	<input type="checkbox"/> Fontaine
<input type="checkbox"/> Douet	<input type="checkbox"/> Métairie	<input type="checkbox"/> Rezé
	<input type="checkbox"/> Savarières	<input type="checkbox"/> Nantes
	<input type="checkbox"/> Martellière	<input type="checkbox"/> Autres

RESPONSABLE(S) DU JEUNE

NOM et Prénom du père : _____

Adresse : _____

Né le : _____ Profession : _____

domicile : _____ travail : _____

E-mail : _____ : _____

NOM et Prénom de la mère : _____

Adresse : _____

Née le : _____ Profession : _____

domicile : _____ travail : _____

E-mail : _____ : _____

Allocataires : N° Allocat. CAF ou MSA _____ - Quotient familial _____ Du _____

Non allocataires : revenus annuels déclarés (avt abat^{ts}) _____ - Nbre de parts _____

Nombre d'enfant(s) total ____ / à charge _____ - Ages des enfants _____

Situation Familiale : Marié(e) Célibataire Vie maritale Autre , à préciser

Adhésion acquittée le _____ chèque n° _____ espèces
Montant _____ banque _____

**CETTE FICHE "SANITAIRE DE LIAISON" PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DU CARNET DE SANTE DE L'ENFANT**

VACCINATION (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS VACCINS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie			__/__/__	Hépatite B	__/__/__
Tétanos			__/__/__	R.O.R.	__/__/__
Poliomyélite ou DT Polio			__/__/__	Coqueluche	__/__/__
ou Tétracoq			__/__/__		__/__/__
BCG			__/__/__		__/__/__

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGUS 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"/>	OTITES 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 ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTS oui non AUTRES

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

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

_____ __/__/__
_____ __/__/__

RECOMMANDATIONS DES PARENTS : _____

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? oui non Si oui, lequel : _____

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Btes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

MEDECIN TRAITANT (NOM, ADRESSE, TEL.) : _____

Je soussigné(e) _____, responsable légal de _____, autorise le responsable du Centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures médicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales).

Fait à : Le Signature du
Responsable (précédée de la mention "Lu et approuvé")

**CETTE FICHE "SANITAIRE DE LIAISON" PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DU CARNET DE SANTE DE L'ENFANT**

VACCINATION (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS VACCINS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie			__/__/__	Hépatite B	__/__/__
Tétanos			__/__/__	R.O.R.	__/__/__
Poliomyélite ou DT Polio			__/__/__	Coqueluche	__/__/__
ou Tétracoq			__/__/__		__/__/__
BCG			__/__/__		__/__/__

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGUS 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"/>	OTITES 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 ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTS oui non AUTRES

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

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

_____ __/__/__
_____ __/__/__

RECOMMANDATIONS DES PARENTS : _____

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? oui non Si oui, lequel : _____

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Btes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

MEDECIN TRAITANT (NOM, ADRESSE, TEL.) : _____

Je soussigné(e) _____, responsable légal de _____, autorise le responsable du Centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures médicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales).

Fait à : Le Signature du
Responsable (précédée de la mention "Lu et approuvé")