

Nom du séjour ou de l'événement : _____

Photo
(obligatoire)

FICHE D'INSCRIPTION ET DE LIAISON (1^{ère} partie)

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant ou du jeune. Elle vous est demandée par l'UFBJA dans le cadre de nos séjours. Cette présente fiche sera détruite en fin d'accueil ou d'année.

Enfant, jeune ou majeur participant :

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : F ☐ M ☐

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Nationalité : _____ Antenne/église : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél. fixe : _____ Tél. mobile : _____

E-mail : _____

Parent 1 ou représentant Légal (MINEUR uniquement) : (☐ cocher la case si adresse identique à l'enfant)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél. fixe : _____ Tél. mobile : _____

E-mail : _____

Parent 2 (MINEUR uniquement) : (☐ cocher la case si adresse identique au parent 1)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél. fixe : _____ Tél. mobile : _____

E-mail : _____

- J'accepte de faire vacciner mon enfant en cas d'absolue nécessité. **Oui ☐ Non ☐
- J'autorise le responsable à prendre toutes les décisions nécessaires au niveau médical en cas d'extrême urgence. ** Oui ☐ Non ☐
- J'autorise l'UFBJA à utiliser les photos, prises lors des activités, dans les documents et publications d'information et de formation sur tous supports. Oui ☐ Non ☐

En signant ce document, je reconnais avoir pris connaissance du projet éducatif (UFBJA) et accepter la politique de confidentialité et de gestion des données de l'UFBJA. Info : assistanteja.ufb@adventiste.org

À : _____ Le : _____ Signatures des parents ou du majeur :

** Tout sera mis en œuvre pour vous contacter avant toute décision. Mais si l'urgence ne nous permet pas de le faire, nous serons dans l'obligation de décider. Sans votre accord, si vous ne prenez pas expressément position, nous considérons que vous acceptez l'acte opératoire éventuel.

FICHE D'INSCRIPTION ET DE LIAISON (2ème partie)

Nom de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____

I. Vaccinations : (Cocher au choix)

- ☐ Je fournis une photocopie du carnet de vaccination à jour.
- ☐ Je joins un certificat médical de vaccination à jour.
- ☐ Je joins un certificat médical de contre-indications totale ou partielle aux vaccins.

N° de la Sécurité sociale ou carte vitale : _____

II. Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? ☐ oui ☐ non

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

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

Rougeole :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Varicelle :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Oreillons :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Scarlatine :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Coqueluche :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

L'enfant est-il sujet aux maladies suivantes ?

Migraine :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Otite :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Angine :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Asthme :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Rhumatisme articulaire aigu :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

L'enfant a-t-il des allergies :

Médicamenteuses : ☐ oui ☐ non : _____

Alimentaires : ☐ oui ☐ non _____

Autres : _____

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : _____

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates

et les précautions à prendre : _____