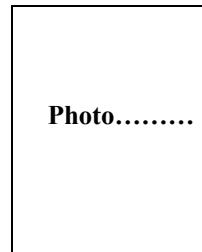


Nom de l'enfant.....Prénom.....

NOM.....PRENOM.....NE(E).....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE.....



NATIONALITE.....

ADRESSE.....

ADRESSE MAIL :.....

NUMERO DE TELEPHONE PARENTS.....



ETABLISSEMENT SCOLAIRE



Nom de l'entreprise du père ou tuteur.....

Nom de l'entreprise de la mère ou tuteur.....

N° DE CAF :.....N° S.S :.....

Assurance civile de l'enfant :

ATTESTATION PARENTALE

Je soussigné(e)....., autorise

Père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles)
Mon fils, ma fille (rayer les mentions inutiles)

NOM.....PRENOM.....

A participer aux activités organisées par le Centre de Loisirs Jeunes de la Sécurité Publique de Reims.

- J'autorise le Centre Loisirs Jeunes à mettre en œuvre tous les moyens nécessaires en cas d'accident pouvant survenir lors de la dispense des activités mises en place par le CLJ.
- J'autorise le C.L.J à utiliser l'image des adhérents dans le cadre des activités du C.L.J, aux fins des divers comptes rendus et reportages photographiques sur notre site internet et Facebook élaborés tout au long de l'année
- Je certifie m'être assuré(e) que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique des activités sportives et nautiques qui sont dispensées aux C.L.J

PROBLEME(S) PARTICULIER(S) (S'IL Y A LIEU)

FAIT A LE.....
SIGNATURE :

DOSSIER D'INSCRIPTION 2026

Adresse du siège social : Hôtel de police
40 bd Louis Roederer – 51100 Reims

Locaux SNCF : 4 rue du Pot de Vin – 51100 Reims.
Tel: 03/26/09/37/39 Facebook: cljreims
Site internet: www.cljreims.fr

C.L.J BASE NAUTIQUE : Base de Loisirs d'Écollement
Route de Nuisement- 51290 ECOLLEMENT.
Tel : 03/26/73/85/77

Partie réservée au C.L.J.

Date :..... Receveur :.....Liquide / chèque



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE ://

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

oui non

MÉDICAMENTEUSES

oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

oui non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL

JE SOUSSIGNE (E) DOCTEUR.....

CERTIFIE AVOIR EXAMINE

NOM..... **PRENOM.....**

NE (E) LE/...../.....

QUI EST :

□ A JOUR DE SES VACCINS

OUI / NON (rayer la mention inutile)

DOIT EFFECTUER UN TEST DE CONTRÔLE DE

.....

DOIT EFFECTUER LES VACCINATIONS SUIVANTS

L'enfant est reconnu APTÉ

Les activités nautiques qui non

La natation qui non

Le VTT qui ne

Découverte du triathlon qui non

¹⁰ See, for example, the discussion of the 1993 Constitutional Conference in the section on "The Constitutional Conference (1993)" below.

Fait à..... le..... signature
(Tampon du docteur)