



# Compte citoyen

## Fiche individuelle

### Renseignements sur la personne à inscrire

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :            M            F

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Ville de naissance : \_\_\_\_\_

Rang dans la fratrie :    1        2        3        Autre :

Nom du responsable légal : \_\_\_\_\_

Adresse du responsable légal : \_\_\_\_\_

#### Activité(s) demandée(s)

Accueil de loisirs (3-11 ans), Maison des Jeunes (11-17 ans), Sports, Centre socioculturel

Activité 1 : \_\_\_\_\_ Activité 2 : \_\_\_\_\_

Activité 3 : \_\_\_\_\_ Activité 4 : \_\_\_\_\_

#### Pour les personnes mineures uniquement

Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant en dehors du responsable légal (minimum une personne)

Nom, prénom, téléphone : \_\_\_\_\_

Nom, prénom, téléphone : \_\_\_\_\_

Nom, prénom, téléphone : \_\_\_\_\_

Nom, prénom, téléphone : \_\_\_\_\_

### Santé

#### Médecin traitant

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Autorisation d'hospitalisation :        Oui        Non

J'autorise tout médecin, le cas échéant à faire pratiquer toute opération chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par mon état de santé ou celui de mon enfant mineur.

#### Régime(s) alimentaire(s)

Repas standard

Sans œuf

Sans poisson

Sans arachide

Végétarien annuel (sans viande)

Végétarien ponctuel (sans porc)

Repas fourni par la famille (PAI alimentaire)

#### Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_



## Vaccinations

À compléter uniquement pour l'Accueil de Loisirs

BCG - Monotest	Date dernier rappel _____
Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite	Date dernier rappel _____
Hépatite B	Date dernier rappel _____
Méningite	Date dernier rappel _____
Rougeole Oreillons Rubéole	Date dernier rappel _____

## Allergie(s) connue(s)

Asthme                      Alimentaire                      Médicamenteuse                      PAI

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir pour le PAI

## Antécédants de santé

Ex. Maladie(s) contractée(s) (varicelle, coqueluche, etc.), accident(s), crises convulsives, hospitalisation(s), opération(s), etc.

---

---

## Précautions à prendre

---

---

## Recommandations utiles

Ex. Port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, etc.

---

Je transmets mon justificatif de domicile de moins de trois mois.

Je souhaite la mise en place et la reconduction du prélèvement automatique.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à lire et respecter le règlement de fonctionnement.

Fait à \_\_\_\_\_

### Signature

(des responsables légaux pour les personnes mineures)

le \_\_\_\_\_

--	--