AUTORISATION

Je soussigné(e) .....

Pour l'enfant .....

❑ Autorise ❑ N'autorise pas

Le personnel à prendre les mesures d'urgences nécessaires concernant la santé de mon enfant : premiers soins, SAMU, pompiers, hospitalisation, intervention chirurgicale.

❑ Autorise ❑ N'autorise pas

Le personnel à prendre mon enfant en photo pour :

- ❖ utilisation interne à la structure
- ❖ publication

❑ Autorise ❑ N'autorise pas

Mon enfant à participer aux sorties organisées par la structure :

- ❖ à pieds
- ❖ par transport en commun

Autorise mon enfant à quitter le centre :

❑ seul

❑ accompagné par .....

.....

.....

❑ Je déclare avoir contracté une Assurance Responsabilité Civile dans le cadre familiale ou scolaire sur le temps extrascolaire.

91, rue des Tisons - 61000 ALENÇON

DOSSIER INSCRIPTION 2021

Note : *Une fois rempli, le dossier d'inscription est valable toute l'année 2020. Seule la fiche d'inscription est à remplir pour chaque période d'animations.*

NOM : …….. **PRENOM** : ……..

Adresse : …….. Né(e) le : ……..

…….. Sexe : ❑ Féminin

…….. ❑ Masculin

REGIME *(A remplir avec soins)*

Régime allocataire :

- ❑ CAF, N° : .....
- ❑ MSA, N° : .....
- ❑ Autres (SNCF, RATP)

Département d'appartenance : .....

FAMILLE

PERE	MERE
NOM :	NOM : .....
Prénom :	Prénom : .....
Adresse (si différente) :	Adresse (si différente) : ....
Téléphone :	Téléphone : .....
Portable :.....	Portable :.....
E-mail :	E-mail : .....
Profession :	Profession : .....
Tél travail :	Tél travail : .....

FRERES ET SOEURS

Nom	Prénom	Né (e) le
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ		SCARLATINE	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON		

ALLERGIES: ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑

ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Exapaint 01 64 66 3000