

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.



DOSSIER INSCRIPTION 2026

Note : Une fois rempli, le dossier d'inscription est valable toute l'année 2026. 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 obligatoirement, chacun ayant un N° d'allocataire)

Régime allocataire :

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

Département d'appartenance :

FAMILLE

PERE

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

MERE

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

FRERES ET SOEURS

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



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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ		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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....