

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 2025

Note : Une fois rempli, le dossier d'inscription est valable toute l'année 2024. Seule la fiche d'inscription est à remplir pour chaque période d'animations.

NOM :	PRENOM :
Adresse :	Né(e) le :
.....	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin
.....	<input type="checkbox"/> 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	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
.....
.....
.....



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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

