

## 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 2022

Note : Une fois rempli, le dossier d'inscription est valable toute l'année 2021. Seule la fiche d'inscription est à remplir pour chaque période d'animations.

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....  
**Adresse :** ..... **Né(e) le :** .....  
..... **Sexe :**  Féminin  
.....  Masculin

## REGIME *(Merci de remplir, ces renseignements servent à nos déclarations)*

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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....