

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(PENDANTLESÉJOUR).....

.....
.....

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

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

le 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

.....
.....

EcoPrint 300

NOM de l'enfant : _____

Prénom : _____

Né(e) le : ____/____/____ à _____ **Sexe :** M F

Adresse complète : _____

Ecole fréquentée : _____

Classe : _____

**FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS
(4 à 14 ans)
(valable pour l'année scolaire 2019-2020)**

A déposer au bureau enfance jeunesse lors du 1^{er} accueil de votre enfant accompagné de la fiche « réservation accueil de loisirs » disponible en mairie et à la garderie périscolaire pendant les périodes concernées.

NE PAS DEPOSER AU CENTRE ADMINISTRATIF

INFORMATIONS SUR LES REPRESENTANTS LEGAUX

PERE (OU TUTEUR)	MERE ((OU TUTRICE)
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse complète (si différente de l'enfant) :	Adresse complète (si différente de l'enfant) :
Tel → maison : → portable : → travail :	Tel → maison : → portable : → travail :

¹ L'inscription de l'enfant est conditionnée par les autorisations données par le responsable légal.

² Cocher les cases correspondantes.

³ Obligatoire pour la section maternelle.

AUTORISATIONS¹

- Mon enfant est autorisé à pratiquer toutes les activités qui seront pratiquées pendant le Centre (équitation, V.T.T, camping, sorties, Canoë; patinoire, sports, piscine, ateliers divers, etc.....).
- J'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.
- J'accepte que mon enfant soit photographié pendant ses activités à l'ACM et que ces photographies soient utilisées dans le cadre de l'information municipale ou d'éventuelles expositions réalisées par les ACM.

Médecin traitant	Clinique ou hospital
Nom :	Ville :
Adresse :	
Tel :	

Restriction éventuelle :

Pièces à joindre obligatoirement le jour de l'inscription

- Ce dossier correctement rempli et signé**
- Fiche sanitaire de liaison remplie et signée.
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale (et non la carte vitale).
- Photocopie de la carte de mutuelle.
- Photocopie des vaccinations.
- le règlement (barème ci-joint) : chèque à l'ordre du trésor public ou espèce**

HORDAIN, le201..

signature(s)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 – ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

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*)

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? (entourez la réponse)

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui non	oui non	oui non	oui non	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSE oui non

ALIMENTAIRE oui non AUTRES :

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

.....

.....

.....

¹ L'inscription de l'enfant est conditionnée par les autorisations données par le responsable légal.

² Cocher les cases correspondantes.

³ Obligatoire pour la section maternelle.