

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....



2017 - 2018

PHOTO

DOSSIER DE PREMIERE INSCRIPTION

L'ENFANT :

Téléphones d'urgence par ordre de priorité :
1) Qui ?
2) Qui ?
3) Qui ?
 Fille Garçon

RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Père ou conjoint : Mère ou conjoint :
NOM : NOM :
Prénom : Prénom :
Adresse : Adresse (si différente) :
@ : @ :
Tél domicile : Tél domicile :
Portable : Portable :
Tél travail : Tél travail :

N° d'Allocataire :
Quotient Familial :
N° de Sécurité sociale (sous lequel est l'enfant) :

VIE SCOLAIRE :

Ecole fréquentée : Henri David Jean Madeleine
 Marcel Pagnol Notre Dame Hors Commune
Classe (rentrée de septembre) :

PERSONNES AUTORISEES à venir chercher l'enfant :

NOM Prénom : Statut :
NOM Prénom : Statut :
NOM Prénom : Statut :
NOM Prénom : Statut :
NOM Prénom : Statut :

Aucune personne ne sera autorisée à venir chercher l'enfant si elle n'est pas inscrite ci-dessus. Tout changement doit être signalé à la Directrice du centre.

AUTORISATIONS PARENTALES



BUS IRIGO :

Votre enfant prendra-t-il le bus ?

- Mercredis soirs
 Petites vacances
 Matin
 Soir

- Été
 Matin
 Soir

A quel arrêt ?

Autorisez-vous votre enfant à partir seul de l'arrêt de bus ? oui non

Aucun enfant de moins de 10 ans ne sera autorisé à partir seul.

Si aucun adulte n'est présent à l'arrêt de bus, ni au terminus (Autriche), l'enfant sera reconduit au centre de loisirs.

CENTRE :

Votre enfant est-il autorisé à partir seul du centre ? oui non

Si oui à quelle heure ?

Aucun enfant de moins de 10 ans ne sera autorisé à partir seul.

DROIT A L'IMAGE

Autorisez-vous l'association Enfance & Jeunesse à filmer, à photographier votre enfant dans le cadre des animations ? oui non

Selon la loi informatique et liberté, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations recueillies sur informatique, qui vous concerne.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepter.

Fait à Montreuil-Juigné, le : Signature

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 | | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|---------------------|----------------------------|-------|
| | oui | non | | oui | non | |
| Diphérie | | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Polioomyélite | | | | | 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 | oui | | non | | VARICELLE | oui | | non | | ANGINE | oui | | non | | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ | oui | | non | | SCARLATINE |
|------------|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|-----------------------------|-----|-----|-----|--|------------|
| | OUI | NON | OUI | NON | | OUI | NON | OUI | NON | | OUI | NON | OUI | NON | | OUI | NON | | | |
| COQUELUCHE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ALLERGIES : ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES

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

.....

