



FICHE INSCRIPTION "CLSH La Guyonnière"

Date : / /

L'enfant :

NOM et Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : F G

Ecole fréquentée :

Classe :

(à la rentrée de septembre)

Téléphones d'urgence :

Tél d'urgence N°1 :

Tél d'urgence N°1 :

Tél d'urgence N°1 :

NOM :

NOM :

NOM :

Informations importantes : (PAI, Allergies, personnes non autorisées,)

- PAI
(fournir le justificatif)
- Reconnaissance AEEH
(fournir le justificatif)

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

NOM et Prénom :

NOM et Prénom :

NOM et Prénom :

Statut :

Statut :

Statut :

Transport BUS :

Mercredi Matin

Mercredi Soir

Vacances Matin

Vacances Soir

Station :

A la montée :

A la descente :

Autorisation de droit à l'image :

oui non

Responsable légal :

NOM et Prénom :

Téléphone :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Quartier :

Email :

Conjoint :

NOM et Prénom :

Téléphone :

Informations administratives :

N° Allocataire :

N° SS :

Quotient Familial :

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomylélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE : TEL TRAVAIL :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE : TEL TRAVAIL :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :