

FICHE DE FAMILLE : RENSEIGNEMENTS

LES ENFANTS

Nom	Prénom	Date de naissance

LA PERSONNE RESPONSABLE

Nom :

Prénom :

Adresse pendant votre séjour :
.....
.....

Adresse à l'année :
.....
.....

N° de Tél. du séjour :

N° de Tél. domicile :

N° Tél. travail du père :

N° Tél. travail de la mère :

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DE LA PERSONNE RESPONSABLE

Nom :

Prénom :

N° Tél. :

Profession du père :

Employeur :

Profession de la mère :

Employeur :

MÉDECIN TRAITANT :

Nom :

N° Tél. :

Hôpital souhaité :

ORGANISME DE PRESTATIONS :

Nom :

N° allocataire :

Bon vacances :

RÉGIME SÉCURITÉ SOCIALE :

Dénomination :

ADRESSE DE FACTURATION :

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

ASSURANCE : RESPONSABILITÉ CIVILE

Nom et adresse de l'organisme :

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

**Joindre impérativement une photocopie de l'attestation
L'adhésion à une assurance en responsabilité civile est OBLIGATOIRE**

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e) : **AUTORISE**, mon fils, ma fille :
à participer aux activités suivantes proposées par le centre de loisirs.

Transport au Lac de l'Uby	OUI	NON
Baignade piscine ou lac	OUI	NON
Promenades à l'extérieur du centre : (randonnées, ...)	OUI	NON

Je soussigné(e) :
AUTORISE les personnes ci-dessous désignées, a venir chercher mon enfant au centre de loisirs aux heures de fermeture. Pour toutes conditions particulières un mot dûment signé du RESPONSABLE de l'enfant devra être remis à la directrice.

M
M
M

Fait à : Le.

L'INSCRIPTION ET LA PARTICIPATION DE VOTRE ENFANT AU CENTRE DE LOISIRS NE SERONT ACCEPTÉES QUE SI VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION EST COMPLET

Partie réservée au centre de loisirs		
DOSSIER COMPLET	OUI	NON
Date :	Signature	

PIECES A FOURNIR

- Photocopie du livret de famille
- Photocopie (Recto verso) de votre carte d'allocataire CAF MSA ou autres
- Photocopie des attestations de « BONS VACANCES »
- Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile
- Photocopie L'adhésion à une assurance en responsabilité pour votre enfant est obligatoire (justificatif à fournir)
- Dans le cas où d'autres personnes que père mère ou tuteur, responsable seraient amenées à venir chercher l'enfant une autorisation dûment signée sera exigée

Tenues à prévoir

- | | |
|------------------|----------------------|
| Jogging | Serviette de bain |
| Paire de baskets | Chapeau ou casquette |
| Bottes si pluie | Un petit sac à dos |
| Maillot de bain | Crème solaire |

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON FILLE

DATE ET LIEU DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS ERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou au certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				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 MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTITETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 marquée au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES :

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

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

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...PRECISEZ :

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

5 – RESPNSABLE DE L’ENFANT

NOM : PRENOM.

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR).

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

NOM ET TEL. DU MEDECIN 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

COORDONNEES DE L’ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS :

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