

Fiche d'inscription activités

Pôle Enfance/Jeunesse

Année 20.....



Nom de l'enfant : **Prénom :**
Date de naissance : **Âge :**
Classe : **Établissement scolaire :**

Nom et prénom du père :
Date de naissance :
Employeur : **Profession :**

Nom de naissance et prénom de la mère :
Date de naissance :
Employeur : **Profession :**
Numéro de sécurité sociale : **Caisse :**
Régime allocataire : Général ☐ MSA ☐ Fonction publique ☐ Autre :
N° d'allocataire : **Caisse :**
Situation familiale : Mariés ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire ☐
Concubinage ☐ Pacsés ☐ Veuf(ve) ☐
Nombre d'enfants à charge : **Nombre d'enfants total :**

Adresse :
.....

Nom du médecin traitant : **Téléphone :**

Personnes autorisées à récupérer l'enfant	Nom et prénom	Lien de parenté

Votre enfant mange-t-il : de la viande : Oui ☐ Non ☐ du porc : Oui ☐ Non ☐
Votre enfant repart-il tout seul? Oui ☐ Non ☐

Je soussigné(e), M....., responsable de l'enfant inscrit ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise ☐ n'autorise pas ☐

La direction à prendre le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de mon enfant autorise ☐ n'autorise pas ☐

Le centre social à photographier et/ou filmer mon enfant et à diffuser les images dans les différents supports de communication de la structure.

J'autorise, en outre, mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par le centre de loisirs

Objets de valeur : *Les enfants ne doivent pas apporter d'objets de valeur ; en cas de perte ou de vol, le personnel du Centre de Loisirs ne pourra pas être tenu pour responsable de leur disparition.*

Domicile : liste rouge ☐
Téléphone mobile : Téléphone fixe : Téléphone travail :
Téléphone autre personne à prévenir :
Mail :

A Quiévrehain, le

Signature

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON****1 – ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 AIGÜ	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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
