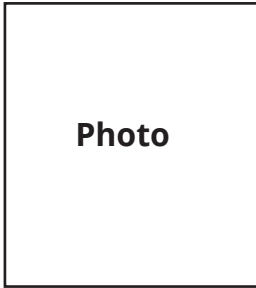




INSCRIPTION ALSH été 2019 Intercommunal Malemort



Renseignements concernant l'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____ Sexe : F M

Adresse : _____

Date de Naissance : --/--/-- à : Classe :

Numéro d'allocataire CAF ou MSA (obligatoire) :

Régime de Sécurité Sociale du responsable légal qui couvre l'enfant :

- Régime Général MSA Autres

INSCRIPTIONS SOUHAITÉES validées le jour de l'inscription sous réserve des places disponibles

Lundi 08/07	Mardi 09/07	Mercredi 10/07	Jeudi 11/07	Vendredi 12/07
Lundi 15/07	Mardi 16/07	Mercredi 17/07	Jeudi 18/07	Vendredi 19/07
Lundi 22/07	Mardi 23/07	Mercredi 24/07	Jeudi 25/07	Vendredi 26/07
Lundi 29/07	Mardi 30/07	Mercredi 31/07	Jeudi 01/08	Vendredi 02/08
Lundi 05/08	Mardi 06/08	Mercredi 07/08	Jeudi 08/08	Vendredi 09/08

- Séjour
 Centre de loisirs

Le calcul du coût de l'activité est en fonction de votre quotient familial.
La carte temps libre et les chèques vacances A.N.C.V sont acceptés.

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

PÈRE _____

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone domicile : --/--/--/--/--

Portable : --/--/--/--/--

Courriel :

Téléphone professionnel : --/--/--/--/--

MÈRE _____

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone domicile : --/--/--/--/--

Portable : --/--/--/--/--

Courriel :

Téléphone professionnel : --/--/--/--/--

Situation familiale des parents : marié concubin célibataire divorcé séparé veuf

Préciser à qui doit-être adressée la facture : _____



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE 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.

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

Table with 4 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, 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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, COQUELUCHE, ALLERGIES (ASTHME, ALIMENTAIRES), VARICELLE, OTITE, ANGINE, ROUGEOLE, RUMATISME ARTICULAIRE AIGU, OREILLONS, SCARLATINE, MÉDICAMENTEUSES, AUTRES.

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 PARCÉLISANT 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 ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

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