



FICHE D'INSCRIPTION

Accueil de Loisirs Sans Hébergement

2017

NOM : _____

Prénom : _____

Né(e) le : / /

CAF n° : _____ MSA

ENFANT :

Adresse : _____

N° SS : _____ Nom de l'assuré : _____

Allergies : _____

Régime/allergies alimentaires : _____

Médecin traitant : Dr _____ (tél : / / / /)

PARTICIPE A L'ACCUEIL DE LOISIRS :

Hiver : du / / au / / Repas : OUI NON

Printemps : du / / au / / Repas : OUI NON

Eté : du / / au / / Repas : OUI NON

du / / au / / Repas : OUI NON

du / / au / / Repas : OUI NON

du / / au / / Repas : OUI NON

Automne : du / / au / / Repas : OUI NON

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Vie Maritale Autre

PERE

MERE

NOM : _____

NOM : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Tel Portable : _____

Tel Portable : _____

Tel Domicile : _____

Tel Domicile : _____

Tel Travail : _____

Tel Travail : _____

Email : _____@_____

Email : _____@_____

Emploi : _____

Emploi : _____

Employeur : _____

Employeur : _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

MERE PERE Autre (*précisez*) : _____ (_ _ - _ _ - _ _ - _ _) lien :
 _____ (_ _ - _ _ - _ _ - _ _) lien :

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) M/Mme _____ autorise :

• Le(a) directeur(trice) et ses adjoints à prendre toute mesure qu'ils jugeront nécessaire au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents OUI NON

• Voyager en transport : collectif OUI NON individuel : OUI NON

• Se baigner : OUI NON • Mon enfant sait nager : OUI NON

• Rentrer seul(e) : OUI NON

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

• M/Mme _____ lien : _____ Tel : _____

• M/Mme _____ lien : _____ Tel : _____

• M/Mme _____ lien : _____ Tel : _____

• **DROIT A L'IMAGE** : Je donne à Familles Rurales l'autorisation de reproduire et de diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées de mon enfant.

Pour la presse locale OUI NON

Sur les supports de communication OUI NON

Sur les réseaux sociaux

OUI NON

Je certifie exact les informations ci-dessus.

Je dégage les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant et après les heures de fonctionnement de l'accueil et dégage l'Association de toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'objets personnels.

Fait à :

le :/...../.....

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CESTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DÉBOURNER DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polioomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

SI L'ENFANT N'VA PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTREINDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTREINDICATION

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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	PRÉLUMINAIRE ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
ALLERGIES :	ASTHME <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	AUTRES ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

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

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :
NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____
L'ENFANT MOULLE-T-IL SON UT ? oui non
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RECLÉE ? oui non

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