

# FICHE D'INSCRIPTION ANNEE 20... /20...

## Parents

### Mère

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Profession : .....  
 Employeur : .....  
 Téléphone professionnel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Père

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Profession : .....  
 Employeur : .....  
 Téléphone professionnel: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Généralités

### Régime

Régime allocataire : .....  
 Nom de l'allocataire : .....  
 N° Allocataire CAF/MSA : .....  
 CAF / MSA de : .....

### Situation financière

Nb d'enfants à charge : .....  
 Revenu annuel du foyer : ..... €  
 Date d'effet : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Composition familiale

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Age



**Carsat** Retraite & Santé au travail  
 Nord-Picardie



# Enfants

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Sexe :  Féminin     Masculin

Adresse : .....

Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Scolarité**

Classe : .....

Etablissement scolaire : .....

Nom de l'enseignant : .....

Régime alimentaire : .....

**Responsable légal :**     Parents     Autres

Mme et M : .....

Adresse : .....

Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mail : .....

<b>Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant</b>			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>	.....	___/___/___/___	.....
<input type="checkbox"/>	.....	___/___/___/___	.....
<input type="checkbox"/>	.....	___/___/___/___	.....
<input type="checkbox"/>	.....	___/___/___/___	.....
<input type="checkbox"/>	.....	___/___/___/___	.....

Je soussigné(e), ..... responsable légal de ..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Date :

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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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 ?

<b>RUBÉOLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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

---

---

---

---

---

---

---

---

# Autorisation

NOM : ..... PRENOM : .....

Autorise       N'autorise pas

Mon enfant à rentrer seul après la fermeture de la structure.

Autorise       N'autorise pas

Mon enfant à participer aux différents sorties organisées par la structure.

Autorise       N'autorise pas

Mon enfant à prendre les transports liés à l'organisation de l'Accueil de Loisirs.

Autorise       N'autorise pas

L'équipe d'animation à faire appel aux services d'urgences ou hospitalier, en cas d'accident.

Autorise       N'autorise pas

Mon enfant à être pris en photo et à être filmer pour diverses manifestations.

Autorise       N'autorise pas

L'équipe d'animation à donner à mon enfant les soins nécessaire, sur ordonnance médicale.

A....., Le ...../...../..... Signature