

Fiche d'inscription vacances

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Nom: Prénom:
Date de naissance : Lieu de naissance :
Fille Garçon
 Mon enfant bénéficie de l'AEEH Mon enfant a le pass sanitaire

OBLIGATOIRE : Ne pas oublier de fournir une Attestation d'assurance extra-scolaire

INFORMATIONS CONCERNANT LA FAMILLE

Nom du Père : Nom de la Mère :
Ou du Représentant Légal :
Adresse :
N° de tél : N° portable :
Adresse mail :
N° Alloc. CAF ou MSA* : Quotient Familial* :

**Informations obligatoires pour le calcul du tarif vous concernant.*

AUTORISATION ET PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'INDISPONIBILITÉ DES PARENTS

J'AUTORISE mon enfant à partir :

Seul après l'activité Accompagné des personnes mentionnées ci-dessous
Mr ou Mme N° de tél :
Mr ou Mme N° de tél :
Mr ou Mme N° de tél :

J'AUTORISE la Direction de de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant mentionné ci-dessus (hospitalisation, traitement médicale...).

ET M'ENGAGE à respecter les règlements intérieurs de l'accueil de loisirs et à les expliquer à mon enfant. Règlements intérieurs donnés à l'inscription ou consultables sur les blogs et site Internet de la Communauté de Communes.

AUTORISE la prise de photographies de mon enfant et l'utilisation de celles-ci dans l'ensemble des outils de communication de la Communauté de Communes (publications, internet...)

Fait à : Le :

Signature du représentant légal précédée de la mention « lu et approuvé » :

Audrey POUMOT

Directrice Acti' Ados
06 72 13 48 76

Nicolas BAILLAUD

Directeur adjoint Acti' Ados
06 71 07 35 69

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATIONS A JOUR

2 - 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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <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 oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

3 - RÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

4 - INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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