

Enfant

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Sexe : M | | / F | |

Responsable

Nom :
Prénom :
Adresse Complète:
Mail :
Tel fixe et/ou travail:
Port :
N ° Allocataire CAF :

PARENT 1	PARENT 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Situation familiale :	Situation familiale:
Profession :	Profession :
Tel:	Tel:
Mail :	Mail :

En cas de séparation préciser si l'autre parent est autorisé à venir récupérer l'enfant (Si NON nous fournir une copie de l'ordre de jugement)

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant sur les structures ou à la sortie du bus scolaire ou susceptible d'être appelées en cas d'urgence :

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Qualité :	Qualité :	Qualité :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
.....
.....
Tel :	Tel :	Tel :

Dossier Inscription ALSH et ALP

(CANTINE/ALP MATIN ET SOIR/TRANSPORT SCOLAIRE/ALSH)

Autorisations

- Prise et diffusions d'images et vidéos
- Transport en véhicule municipal ou autre (secours, minibus, bus...)
- Hospitalisation au plus proche
- Pratiquer une Anesthésie Générale
- Rentrer seul (avec autorisation écrite)
- Acceptation du règlement intérieur ALP et ALSH

Pièces nécessaires aux modalités d'inscription

- Photocopie du carnet de santé partie vaccinations à nous fournir à chaque rappel
 - Attestation d'assurance mise à jour chaque année en septembre
 - Photocopie du livret de famille coté parents et enfant
 - Photocopie de la carte d'identité ou du passeport de l'enfant
 - Justificatif de domicile (et dérogation obligatoire si vous n'êtes pas domiciliés sur la commune de Sérignan)
 - Attestation d'aide aux loisirs à nous fournir chaque année en Janvier/Février
 - Contrat de travail des deux parents
 - Si votre enfant utilise le transport scolaire, fournir une copie du dossier Hérault Transport
-
- Autorisation à la consultation CAF PRO (quotient familial)
 - Autorisation à la consultation VACAF (aide aux loisirs)

Pensez à nous communiquer tous changements (numéros de téléphone, adresses...)

Je soussigné : Responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

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

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.**)

L'enfant a-t-il un PAI ? OUI ou NON Si oui, nous joindre la copie du PAI et le traitement

Régime Alimentaire : Standard / Sans viande

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
