

Espace Loisirs Itinérant
FICHE D'INSCRIPTION ET SANITAIRE DE LIAISON

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance : Age : Fille Garçon

Adresse complète :

Tel : Portable : Email :

Téléphone travail du père : Tel travail de la mère :

Numéro allocataire : Quotient : CAF MSA
(Fournir impérativement une photocopie du dernier avis de versement des prestations familiales)

Nom et prénom du chef de famille :

Profession du père :

Profession de la mère :

- * Mon enfant sait nager : OUI NON
- * J'autorise mon enfant à rentrer seul du centre le soir : OUI NON
- * J'autorise mon enfant à rentrer du centre uniquement avec d'autres enfants ou d'autres adultes :
OUI NON

Précisez le nom de ces accompagnateurs :
.....

J' autorise la FSCF à utiliser l'image de mon enfant pour ses supports de communication : Oui NON

Je déclare sur l'honneur avoir une assurance Responsabilité Civile :

Je soussigné Mme ou Mr.....a bien pris connaissance des horaires d'activités (9h00 (accueil) 10h, 12h, repas, 14h, 18h00) et du planning.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre une photocopie).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphthérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			

CES INFORMATIONS SONT INDISPENSABLES ET ÉVITENT DE VOUS MUNIR DU CARNET DE SANTE DE VOTRE ENFANT. S'IL N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCEPTE OU JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION (Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

2 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE 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 AIGU 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.

.....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT A-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER LIÉ À LA PRATIQUE D'UNE RELIGION, PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... ? MERCI DE PRÉCISER

.....

4 - DIVERS

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

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE : TEL :

Je soussigné(e),responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche, autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

« Lu et approuvé »

Date : / / 201.....

Signature :