



## Accueil de Loisirs & Péri-scolaire de Plougonvelin

### Fiche d'inscription

#### L'ENFANT :

Nom : Sexe : **F** **M**  
Prénom :  
Date et lieu de naissance : à :

#### REPRESENTANT LEGAL :

Nom : Prénom :  
Adresse :  
Tel fixe : Tel portable :  
Mail :  
Employeur :  
Nombre d'enfants à charge :

#### LE CONJOINT :

Nom : Prénom :  
Adresse :  
Tel fixe : Tel portable :  
Mail :  
Employeur :

#### EN CAS D'URGENCE : Noms des personnes à contacter

----- Téléphone : -----  
----- Téléphone : -----  
----- Téléphone : -----

#### PERSONNES AUTORISEES à PRENDRE L'ENFANT :

----- Téléphone : -----  
----- Téléphone : -----  
----- Téléphone : -----

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Nom du médecin traitant :

Tel :

## REGIME SOCIAL :

A quel régime êtes vous affilié (Sécurité sociale, MSA...) :

Numéro :

Numéro d'allocataire CAF :

Ou autre caisse :

Mutuelle :

N° de contrat :

## DOCUMENTS A FOURNIR

- Fiche sanitaire
- Photocopie des vaccins
- Attestation d'assurance en responsabilité civile
- Dernier avis d'imposition + attestation de prestations familiales à rendre en mairie
- RIB et formulaire d'autorisation de prélèvement signé *en cas de prélèvement automatique*

L'article L.227-4 du Chapitre 7 du Code de l'action sociale et des familles précise qu'il est préférable que tous les parents souscrivent un "contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles ils participent". Cette assurance permet aux enfants d'être couverts s'ils se blessent seuls.

## AUTORISATION

Ayant pris connaissance du fonctionnement de l'Accueil,

Je soussigné(e) .....

1/Autorise le directeur de l'Accueil à prendre toutes mesures - traitement médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale- rendues nécessaire par l'état de mon enfant.

2/ Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés,

3/J'autorise le transport de mon enfant pour les besoins des activités par des moyens de transports collectifs (car, SNCF, Taxi).

4/Autorise la prise de photos et vidéo lors des activités à des fins d'illustration des différents supports de communication (internet, presse, plaquette ...).

5/Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Lu et approuvé

Fait à

le

Signature :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

 GARÇON       FILLE 

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : \_\_\_\_\_

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	DATE
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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 l'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"/>	SCARLATIN 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)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....