

DEPART DE L'ENFANT

Votre enfant rentrera-t-il seul ?

Oui

Non

Si non, avec qui l'enfant peut-il partir ? (Vous pouvez indiquer plusieurs personnes)

Noms, Prénoms :

.....

.....

.....

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e) M., Mme, Melle

Autorise

N'autorise pas

l'équipe d'animation à filmer ou photographier mon enfant pour réaliser un film ou une exposition utilisée exclusivement à des fins pédagogiques.

Date :

Signature :

REMARQUE :

.....



Accueil de loisirs

DOSSIER D'INSCRIPTION

Période du 21 au 25 octobre 2024

Tarif : 37,50 €

Pour les enfants de GLISY



A retourner en mairie pour le 04 octobre 2024

Mairie de Glisy – 8 rue Neuve - 80440 GLISY

Tél : 03.22.38.10.38 - Courriel : mairie@ville-glisy.fr

Ouverture au public : 8h 30 / 12h et 14h / 17h, fermé vendredi après-midi

L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age :

Sexe : M F

Ecole : Classe :

QUALITE DU RESPONSABLE LEGAL

Père Mère Tuteur

Nom et Prénom du responsable légal :

Adresse :

Code postal et ville :

Téléphone fixe :

Portable (s) :

Adresse mail :

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Père : (Nom /Prénom) | Mère : (Nom/Prénom) |
| Profession | Profession |
| Adresse et lieu de travail | Adresse et lieu de travail |
| Téléphone du lieu de travail | Téléphone du lieu de travail |

EN CAS D'URGENCE ET PARENTS ABSENTS,
PERSONNE A PREVENIR

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

PIECES A FOURNIR :

- > Copie des vaccins à jour
- > CAF 2023
- > Fiche médicale remplie (ci-jointe)
- > Justificatif du quotient familial
- > Règlement par chèque à l'ordre du trésor public

| |
|--|
| N° de sécurité sociale : |
| Régime d'allocations familiales : |
| C.A.F <input type="checkbox"/> M.S.A <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> : précisez : |
| N° d'allocataire (indispensable) : |
| Adresse de la caisse d'allocations : |

| |
|--|
| ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE |
| Nom : |
| N° de la police d'assurances : |

| |
|-----------------------------------|
| MUTUELLE : |
| Adresse : |
| Code postal : Ville : |

*Sans ces documents, l'inscription de votre enfant ne sera pas prise en compte.
Toute inscription sera définitive et due, seul le certificat médical permettra un remboursement.*



MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE 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.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui non | | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|---------|--|---------------------------|----------------------------|-------|
| | | | | | |
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT Polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou 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 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 | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | SCARLATINE |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | 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**.

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 ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné,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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

