

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 octobre au 25 octobre 2024

Tarif : 37,50 €

Pour les enfants de **BLANGY-TRONVILLE**



A retourner en mairie pour le 04 octobre 2024

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
- > 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 M.S.A Autres : 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.*



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).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, 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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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)

Blank lines for specifying allergy cause and management.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

Blank lines for reporting health difficulties.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

Blank lines for parental recommendations.

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) : _____

Blank lines for address.

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

Blank lines for director's name and contact info.