

Les inscriptions ne peuvent être validées qu'après réception de tous les documents demandés ci-dessous.

Les Documents demandés à l'inscription :

- [Fiche sanitaire 2021/2022](#) remplie recto/verso et signée
- [Fiche d'inscription](#) (périscolaire et mercredi ou vacances)
- [Avis d'imposition 2021 sur l'année 2020](#) des réception (si cette feuille n'est pas fournie, le tarif maximum est appliqué)
- [Copie du volet vaccination](#) du carnet de santé

Nous vous rappelons que toutes séquences et repas seront facturés si vous dépassez les délais de prévenance selon le règlement intérieur en vigueur.

Je soussignéresponsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

FICHE SANITAIRE MONTMOROT 2021/2022



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

1- L'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon Fille **Classe :** _____

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
Diphthérie				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 AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				



Régime alimentaire :

Sans régime particulier sans porc sans viande autre

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- Précisions

Cocher ce que l'enfant porte :

Lunettes Lentilles Appareil Prothèses Auditives

Autres – précisez :

Nom et tel de votre médecin traitant :

Autorise mon enfant à être photographié, pour les projets et activités relatives à l'accueil de loisirs : Oui Non

Assureur et numéro de contrat :

N° D'allocataire CAF :

(Pour application des tarifs) :

Renseignements Famille

Nom et prénom du représentant légal.....

E-mail pour les informations :@.....

Situation de famille :

Marié(e) Séparé(e) divorcé(e) Vie maritale célibataire

Le papa :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

N° de fixe : N° Portable :

N° de téléphone professionnel :

La maman

Nom et prénom :

Adresse :

.....

N° de fixe : N° Portable :

N° de téléphone Professionnel :

Autres personnes à qui l'on peut confier l'enfant :

Nom, prénom : Qualité : N° tél:

Nom, prénom : Qualité : N° tél:

Nom, prénom : Qualité : N° tél:

Nom, prénom : Qualité : N° tél: