

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

Les Documents demandés à l'inscription :

- [Fiche sanitaire 2022/2023](#) remplie recto/verso et signée
- [Fiche d'inscription](#) (périscolaire et mercredi)
- [Avis d'imposition 2022 sur l'année 2021 dès réception](#) (si cette feuille n'est pas fournie, le tarif maximum sera appliqué)
- [Copie du volet vaccination](#) du carnet de santé

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

- **Accueils : 48 heures**
- **Repas ; le jeudi 10h00 pour la semaine suivante**

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

Date : Signature :

FICHE SANITAIRE CROCKYLOU 2022/2023



MINISTRE 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 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"/> | 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"/> | |



Régime alimentaire :

Sans régime particulier sans porc végétarien 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

Allocataire CAF, N°:

Ou

Allocataire MSA, N°:

Renseignements de la 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 (mineur et majeure) :

Nom, prénom : Qualité : N° tél:

Nom, prénom : Qualité : N° tél:

Nom, prénom : Qualité : N° tél:

Nom, prénom : Qualité : N° tél: