

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 MONTMOROT 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
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 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: .....