

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

Les Documents demandés à l'inscription :

- **Fiche sanitaire 2020/2021** remplie recto/verso et signée
- **Fiche d'inscription** (périscolaire et mercredi ou vacances)
- **Avis d'imposition 2020 sur l'année 2019** des réception (si cette feuille n'est pas fournie, le tarif maximum est appliqué)
- **Copie de la partie** vaccins du carnet de santé

Si votre enfant, participe à une activité extérieure à l'ALSH

- Sportive,
- Rendez-vous médical (CMP, orthophoniste etc..)

Il faudra remplir et signer une décharge de responsabilité disponible à l'accueil de loisirs.

Nous vous rappelons que toutes séquences et repas seront facturés si nous ne sommes pas prévenus à temps de l'absence de vos enfants (Cf. RI)

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 2020/2021



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"/>	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.

.....
.....
.....

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: