

Pézilla la rivière

Mairie, 31 bis avenue du Canigou 66370 Pézilla la rivière

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 2014-2015

FICHE ENFANT

NOM : PRENOM :

Date de naissance :..... /...../.....

Ecole fréquentée :.....Classe :.....

N°Allocataire CAF :.....

N°Allocataire MSA :.....

Adresse complète :.....

.....

Tél mobile Père :.....

Tél mobile Mère :.....

Mail :.....

Accueil collectif de mineurs : 04.68.92.73.45 ; Mairie : 04.68.92.00.10 ; Fax : 04.68.92.88.47

E-mail : alsh-pezilla-riviere@orange.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM :
Prénom :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
Adresse du domicile :
Code postal : Ville :
Ecole fréquentée :

N° attestation d'assurance :
Nom et coordonnées :

Nom et prénom du ou des responsable(s) légal(aux) :
Père : NOM.....Prénom.....
Tél domicile : Tél travail :
Profession : Employeur :
N° de sécurité Sociale :

Mère :
NOM.....Prénom.....
Tél domicile : Tél travail :
Profession : Employeur :
N° de sécurité Sociale :

Situation familiale : séparés mariés divorcés vie maritale parent seul veuf(ve)

Votre enfant peut-il rentrer seul à la maison ? Oui Non

EN CAS D'URGENCE, PREVENIR :

NOM :Prénom :Tél :
NOM :Prénom :Tél :
NOM :Prénom :Tél :

Médecin de famille : Dr..... Tél :

PERSONNES SUSCEPTIBLES DE RECUPERER L'ENFANT A L'ALSH :

NOM :Prénom :Tél :
NOM :Prénom :Tél :
NOM :Prénom :Tél :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, transport) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A.....Le.....Signature des parents :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) :.....

Demeurant :.....

Après avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement des services périscolaires et extrascolaires, déclare autoriser mon enfant :

NOM :.....Prénom :.....

- A participer aux activités prévues dans le cadre de celui-ci.
- A être pris en photo ou en vidéo, dans le cadre des activités.
- A utiliser les moyens de transports prévus par le centre.

J'autorise également le personnel à prodiguer les soins nécessaires qui pourraient s'imposer à mon enfant en cas de problèmes, et m'engage à rembourser la municipalité des sommes avancées pour des soins médicaux.

Les médicaments ne seront donnés que sur présentation d'un mot des parents, ainsi qu'une ordonnance médicale.

Je certifie exact les renseignements portés sur cette fiche, et avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs, et des services périscolaires. Je m'engage à signaler par écrit au responsable, de toutes modifications concernant l'état médical de mon enfant.

Je joins un certificat médical de non contagion, et de non contre indication à la pratique d'activités physiques et sportives, ainsi qu'une attestation d'assurance (responsabilité civile périscolaire).

A.....Le.....

Signature des parents



N° 100008702

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

CARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU 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 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					
BCC					

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 AIGU	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

ALIMENTAIRES

oui non

MÉDICAMENTEUSES

autres..... oui non

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

BUREAU :

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, déclare

exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS