

Photo
De
L'enfant

FICHE D'INSCRIPTION 2021-2022



L'ENFANT

NOM : /_/ _/

PRENOM : /_/ _/

DATE DE NAISSANCE : /_/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/

SEXE : /_/

ADRESSE COMPLETE :

ECOLE FREQUENTE PAR L'ENFANT :

RESPONSABLE

NOM : /_/ _/

PRENOM : /_/ _/

TEL DOM /_/ /PORTABLE/ /_/ _/

E-Mail :

N° SECURITE SOCIALE : /_/ _/

N° ALLOCATAIRE CAF : /_/ _/

	PROFESSION	NOM EMPLOYEUR	TELEPHONE
MERE			
PERE			

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM PRENOM (lien de parenté)	N° Téléphone
.....
.....

PERSONNE AUTORISEE A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM PRENOM (lien de parenté)	N° Téléphone
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A remplir, dater et signer par le médecin traitant

Vaccins pratiqués et rappels	Dates

Antituberculeuse(BCG) Date: 1^{er} vaccin:..... Revaccination

R.O.R. Date: vaccin:..... 1^{er} rappel :

AUTRES VACCINS Vaccin pratiqué : Date

 Vaccin pratiqué : Date

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi?

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angines	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Otites	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations).

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

CONTRES INDICATIONS MEDICALES :

.....
.....

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON (Si oui, fournir l'ordonnance).

Je soussigné(e).....Docteur en médecine, déclare que l'enfant.....est apte à la fréquentation d'un accueil de loisirs, et à la pratique des activités qui y sont proposées.

A.....le.....
Signature

Cachet

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

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

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) M..... après avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement des séjours, déclare y souscrire et autoriser notre enfant à participer à toutes les activités prévues. En outre, j'autorise le Responsable du centre à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence selon les prescriptions du corps médical consulté et je m'engage, s'il y a lieu, à rembourser à l'association le montant des frais médicaux. De plus j'autorise le centre de loisirs à utiliser et diffuser les photos ou film de mon enfant et ce dans le cadre du projet pédagogique.

Date : _____

Signature (Lu et approuvé) : _____