



INSCRIPTION

ACM ETE 2017

NOM (s) de l'enfant : **Prénom(s) :**

Date de Naissance : **Age :**

Ecole fréquentée :

Régime Alimentaire : Classique Sans Viande Panier Repas

Attention : Pour toutes allergies alimentaires ou troubles de la santé un certificat médical accompagné d'un PAI est obligatoire

Responsables de l'enfant :

Père Mère Responsable légal

Père Mère Responsable légal

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Tél. Domicile

Tél. Domicile

Portable

Portable

Mail.....

Mail.....

Votre enfant fréquentera l'accueil de loisirs :

EN JUILLET OUI NON

EN AOÛT OUI NON

- Florales
- Briquette
- Centre
- Club Ados

- Florales
- Passeport Loisirs

JUILLET					AOÛT				
Lundi 10	Mardi 11	Mercredi 12	Jeudi 13	Vendredi 14	Lundi 31/07	Mardi 01	Mercredi 02	Jeudi 03	Vendredi 04
				Féié					
Lundi 17	Mardi 18	Mercredi 19	Jeudi 20	Vendredi 21	Lundi 07	Mardi 08	Mercredi 09	Jeudi 10	Vendredi 11
Lundi 24	Mardi 25	Mercredi 26	Jeudi 27	Vendredi 28	Lundi 14	Mardi 15	Mercredi 16	Jeudi 17	Vendredi 18
						Féié			
					Lundi 21	Mardi 22	Mercredi 23	Jeudi 24	Vendredi 25

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

Nom et prénom de l'enfant : **Nom Accueil de loisirs :**

Mois : Juillet Août
Semaines : 1 2 3
1 2 3 4

Quotient familial : **Tarif Juillet :** **Tarif Août :**

Sous-Total Juillet : (s1)+ (s2)+ (s3) = €

Sous-Total Août : (s1)+ (s2)+ (s3)+ (s4) = €

€

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2016-2017

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE :

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	__/__/__
Du DT coq	__/__/__
Du Tétracoq	__/__/__
D'une prise polio RAPPELS	__/__/__

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES
1 ^{er} VACCIN	__/__/__	__/__/__	__/__/__
REVACCINATION	__/__/__	1 ^{er} RAPPEL	__/__/__	__/__/__

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	__/__/__
.....	__/__/__

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....	__/__/__
.....	__/__/__
.....	__/__/__

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S.	N° DE TEL	DOMICILE	BUREAU
------------	-----------	----------	--------

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

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

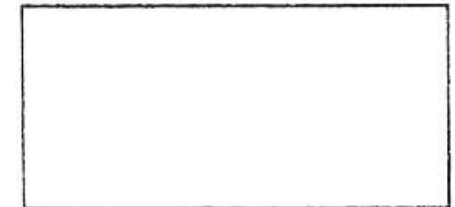
Signature :

DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)



ARRIVEE LE __/__/__
 DEPART LE __/__/__

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

