

FICHE SANITAIRE - 2020/2021

INSCRIPTIONS ALSH

Aucune réservation ne sera prise en compte par téléphone

Inscriptions périscolaire

La veille des vacances pour la ou les périodes à venir
Le paiement est obligatoire à l'inscription

Inscriptions des mercredis

Paiement obligatoire à l'inscription
en fonction de votre QF CAF
pour chaque mercredi réservé

Inscriptions pour les petites vacances

Inscription minimum 1 semaine
Paiement obligatoire à l'inscription des semaines réservées, en fonction
de votre QF CAF

Inscriptions pour les vacances d'été

(places limitées)
Réservation 15 jours avant la période souhaitée
Paiement obligatoire à l'inscription des semaines réservées, en fonction
de votre QF CAF

Les réservations seront définitives au paiement
il n'y aura pas de remboursement pour les absences
non justifiées par certificat médical.

Documents à fournir

Carnet de santé
QF CAF

Adhésion : 5,00 € - Tarif journée selon QF CAF

CSCS/MJC Louis Aragon

Place Vitoria - 16000 ANGOULEME

Tél. 05 45 61 29 56 - Fax 05 45 65 99 15

**Le fait de ne pas remplir ou de mal remplir cette fiche engage
la responsabilité des parents, et non des organisateurs.**

NOM : PRENOM :
Date de Naissance : Sexe : Féminin ou Masculin
École Fréquentée Classe.....
Nom et Prénom du Responsable... ..
Qualité : Mère - Père - Tuteur - Les 2 Parents
Adresse
.....
Mail :
Téléphone Portable.....
Employeur de la mère..... Tél.....
Employeur du père Tél.
N° DE SECU.....
N° d'Allocataire CAF Quotient familial.....

AUTORISATIONS

* J'autorise le directeur du Centre de Loisirs à faire pratiquer toute intervention
médicale que nécessiterait l'état de santé de mon enfant. OUI NON

* J'autorise mon enfant à se baigner et à pratiquer toutes activités sportives
dans le cadre du Centre de Loisirs ou des camps, dans les limites autorisées
par la législation en vigueur. OUI NON (Brevet 25 m à fournir)

* J'autorise mon enfant à être transporté dans une voiture particulière
en cas de nécessité de déplacement. OUI NON

* J'autorise mon enfant à quitter seul(e) le Centre de Loisirs OUI NON

J'autorise le CSCS/MJC Louis Aragon, conformément aux dispositions relatives au droit
à l'image et au droit au nom, à fixer, reproduire et communiquer au public
les photographies ou films où figure mon enfant pris dans le cadre des activités

DATE ET SIGNATURE Précédé de la Mention " Lu et approuvé"

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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		DATES	VACCINS	DATES
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE
 POURQUOI ?

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM	___/___/___
	___/___/___

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 :

L'enfant est-il sous Protocole Alimentaire Individualisé ?

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 ___/___/___

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :