



Fiche d'inscription ADOS

2021 - 2022

ETAT CIVIL DU PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Age

Classe :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

L'enfant sait nager : oui

non

RESPONSABLE LEGAL DU PARTICIPANT

PERE

MERE

PERE ET MERE

TUTEUR

Numéro de Sécurité Sociale :

Numéro d'Allocation CAF :

Montant du Quotient Familial :

PERE

MERE

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Code Postal :

Ville :

Profession :

Profession :

Téléphone domicile :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Téléphone travail :

Téléphone portable :

Téléphone portable :

Adresse Email :

Adresse Email :

Autres **Personnes** à contacter en cas d'urgence:

tél:

Adresse de facturation:

MEDECIN DE FAMILLE

Nom :

Téléphone :

Je soussigné(e) Mme, Mr

agissant en qualité de responsable légal de l'enfant

autorise mon fils, ma fille, après avis médical à participer à toutes les activités organisées

par le Centre de Loisirs Intercommunal du Haut Lignon et autorise le Directeur, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident à prendre toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales y compris l'hospitalisation, dans un établissement public.

J'autorise Je n'autorise pas (1) mon enfant mineur, à quitter seul le Centre de Loisirs Intercommunal du Haut Lignon, et décharge le personnel de toute responsabilité après son départ. J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement.

J'autorise Je n'autorise pas (1) le Centre de Loisirs Intercommunal du Haut Lignon à utiliser les images photographiques et vidéos de mon enfant, prises dans le cadre du fonctionnement du centre pour illustrer les activités et les différents supports de communication de la structure,

J'autorise Je n'autorise pas (1) le Centre de Loisirs Intercommunal du Haut Lignon à donner du paracétamol en cas de fièvre à mon enfant.

J'autorise Je n'autorise pas (1) le Centre de Loisirs Intercommunal du Haut Lignon à consulter CAF PRO pour m'appliquer le tarif correspondant à mon quotient familial,

J'autorise Je n'autorise pas (1) le Centre de Loisirs Intercommunal du Haut Lignon à transporter mon enfant dans le minibus de la CCHL dans le cadre des activités du Centre,

Nom et signature

du Responsable Légal :

(1) Rayer les mentions inutiles.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON 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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polio				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.

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

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 :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts 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

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