

DOSSIER D'INSCRIPTION 2017



COMMUNAUTÉ
DE COMMUNES
DU VAL DE SULLY

Enfance
Jeunesse

Accueil de loisirs de :

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
NOM			
PRENOM			
Date Naissance			

	RESPONSABLE 1 (facturé)	RESPONSABLE 2
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
CODE POSTAL		
VILLE		
TELEPHONE		
TELEPHONE PRO		
PORTABLE		
MAIL		
QF CAF si <800		

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

	1	2
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
CODE POSTAL		
VILLE		
TELEPHONE		
PORTABLE		

AUTORISATIONS

2017

	OUI	NON
MEDICAL		
<i>J'autorise les responsables à prendre toute mesure (traitement médical, appel des services d'urgence, transport, hospitalisation et intervention médicale) en cas de besoin.</i>		
MAIL		
<i>J'autorise la CCVS à me contacter et à m'envoyer par mail des informations sur ses services.</i>		
DROIT A L'IMAGE		
<i>J'autorise gracieusement l'utilisation et la publication des images photos et vidéos de mon(mes) enfant(s) sur les supports de communication écrits et sites Internet de la CCVS.</i>		

Je soussigné(e) Monsieur, Madame,

responsable de l'enfant :

Déclare exacts les renseignements complétés sur ce dossier d'inscription et avoir pris connaissance, complété et signé la fiche sanitaire de liaison ainsi que le règlement intérieur.

Je m'engage à notifier par écrit tout changement au service Enfance/Jeunesse.

Fait à :

Signature obligatoire :

Le :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

1 - DATES ET LIEU DU SÉJOUR : ACCUEIL DE LOISIRS DE

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 DE L'ACCUEIL.

2 - VACCINATIONS (JOINDRE LES COPIES DU CARNET DE SANTE).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				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 non ouvertes, dans leur emballage d'origine et 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 MÉDICAMENTS OUI NON
 ALIMENTAIRE OUI NON 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

ADRESSE (PENDANT L'ACCUEIL) :

.....
.....

PORTABLE : DOMICILE : TRAVAIL :

MÉDECIN TRAITANT : NOM

ADRESSE..... TEL :

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, appel des services d'urgence, hospitalisation, intervention médicale et chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DE L'ACCUEIL DE LOISIRS :

Communauté de Communes Val de Sully - Service Enfance Jeunesse

28 route des Bordes 45460 Bonnée

02.38.35.05.58

OBSERVATIONS :

.....